



Strategies for Integrating the Standard Days Method into Community Water and Sanitation Projects

Increasing the Participation of Men
in Family Planning Programs: Final
Report from El Salvador

***Report in Spanish with Executive
Summary in English***

Prepared by:
Rebecka Lundgren
Margarita de Monroy

Submitted by:
The Institute for Reproductive Health
Georgetown University

January 2006

Support from the United States Agency for International Development (USAID) enables the Institute to assist a variety of international institutions, both public and private, to introduce and expand SDM services.

The Institute offers technical assistance and support to organizations and programs interested in providing the method. For more information, please contact us at irhinfo@georgetown.edu or visit our website, www.irh.org

Supported by the United States Agency for International Development under
Cooperative Agreement HRN-A-00-97-00011-0

INDICE

	No. de páginas
RESUMEN EJECUTIVO (in Ingles)	3
I. ANTECEDENTES	7
II ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	10
III PROBLEMA	11
IV MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS.....	13
V OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	16
VI PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....	16
VII ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS.....	17
VIII DISEÑO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO.....	18
A. Diseño.....	18
B. Fuentes de información comunitaria.....	19
C. Fuentes de información a nivel institucional.....	23
IX MODELO IMPLEMENTADO.....	25
A. MODELO IMPLEMENTADO POR PCI.....	27
B. MODELO IMPLEMENTADO POR CIRES.....	36
X IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES.....	37
A. Coordinaciones.....	37
B. Estudio cualitativo previo a la implementación de MDF.....	38
C. Contratación de personal para el estudio.....	39
D. Diseño de materiales y metodología educativa.....	39
E. Adaptaciones de materiales de MDF al contexto nacional.....	40
F. sensibilización del personal.....	40
G. Capacitación.....	42
H. Implantación del sistema de referencia de usuarias	46

XI	RESULTADOS.....	47
	A. Integración de PF en los proyectos de agua y saneamiento.....	47
	B. Aumentar la participación masculina en la planificación familiar.....	54
	C. Integración de MDF en proyectos comunitarios.....	68
	D. Usuarías de MDF – PCI y CIRES	72
XII	DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	88
XII	IMPLICACIONES DEL ESTUDIO.....	92
XIII	DISEMINACION.....	93

EXECUTIVE SUMMARY

Introducing family planning into water and sanitation community projects

BACKGROUND

The tiny Republic of El Salvador is the most densely populated country in Latin America. In addition to having a large population packed into a small area, the country is poised for continued accelerated growth, as the majority of Salvadorans are young--more than 55 percent of the population is under 25 years of age. While significant strides have been made in recent years regarding family planning use, there is much that remains to be done. One strategy for addressing unmet need is to expand the number of methods available. Nearly all women between 15 and 44 years know of or have heard of at least one contraceptive method, citing oral contraceptives (92.7%), female sterilization (91.4%), and condoms (90.5%). However, there is less awareness of natural methods, and according to the 1998 National Family Health Survey, fewer than 5 percent of women have heard of them. Additionally, the basic information that couples need to successfully use and determine their fertile days—which is essential for use of a natural method-- is inconsistent, and the health establishments that do offer information have no standard protocol for identifying the fertile days.

Family planning services are available through all health establishments of the Ministry of Public Health (MSPAS), the Salvadoran Institute of Social Security (ISSS), the Salvadoran Demographic Association (ADS), private facilities, and a few NGOs that work on health-related issues. MSPAS is the principal service provider of family planning services. In the past two years, MSPAS has extended coverage of family planning services by working with community promoters. One of the issues that affects the field of reproductive health nationwide is the lack of male participation in health programs, and more specifically in family planning. According to the National Program for Reproductive Health for 1999-2003, women continue to bear the burden and responsibility of contraceptive use and their reproductive health.

Project Concern International of El Salvador (PCI) and the Integration and Reconstruction Committee of El Salvador (CIRES) are two NGOs that work in rural programs, addressing community needs in health, sanitation, education, micro-enterprise, and other areas. These NGOs were searching for ways to integrate family planning into their programs, and to increase male participation in reproductive health when in 1999, they developed a proposal for the Institute for Reproductive Health at Georgetown University to work in family planning education and services specifically by including the Standard Days Method in rural areas where they implemented community projects.

PCI in particular was trying to identify interventions that could make their water and latrine projects more sustainable since many of these efforts ended prematurely due to limited resources and accelerated population growth in the areas where they were working. Given these circumstances, PCI decided to integrate family planning into their sanitation projects as a strategy to encourage families to be aware of and understand the relationship between accelerated family growth and the lack of sufficient resources (including water and land). PCI felt that increased acceptance of family planning required that men be more involved in the process, something they felt had limited the success of other family planning programs. PCI and CIRES sought to address these issues by designing an intervention that took these various factors into account.

INTERVENTION STRATEGIES

The interventions used during the study were designed to create a positive attitude toward family planning and increase male participation by providing more information and services for all methods through a network of community leaders. The service delivery model integrated SDM as a new alternative within a range of methods, and activated a referral system with Ministry of Public Health and Profamilia establishments for all other methods.

STUDY DESIGN

PCI used a pre- and post-evaluation study design—for which there was an initial survey conducted in September 2001 and a final survey one year later. The survey measured attitudes, practices, and knowledge related to family planning services. To evaluate the SDM's introduction into PCI and CIRES's community programs, a prospective user study was conducted which included admission and follow-up interviews among SDM users. The interviews were then complemented with detailed interviews and focus groups at the community level.

RESULTS

To integrate family planning into the water and sanitation projects, PCI implemented an educational strategy that focused on group education sessions and household visits. To facilitate these activities, PCI developed an activity manual, "Planning Together", which served to help guide community volunteers in leading these discussions. Community volunteers also played an important role in disseminating family planning information. A variety of other educational materials were developed by both organizations for this effort such as flyers and posters, as well as couple-oriented messages.

The results of the study showed that it was possible to introduce family planning information and services into water and sanitation projects. The endline survey revealed that 38 percent of heads of family participated in the group talks and that 27 percent mentioned that their partner had also participated, which means that a larger percentage of couples were integrated into the study than was expected. Home visits also proved to be effective tools in offering information and education to the couple, and were also well accepted; 29 percent stated having been visited by a volunteer to talk about family planning and other couple related topics.

Community volunteers were effective in spreading information throughout their communities. The endline survey revealed that 73 percent of the interviewed stated that they knew family planning had been included in the water and sanitation programs. Community members considered these interventions to be important; 92 percent of them found them beneficial and another 92 percent found them necessary. The dissemination of family planning information also increased in the community. In the last three months of the study, the discussion of family planning topics among friends, family members, and neighbors increased from 1 percent to 20 percent. Communication among couples related to the risk of STIs, identification of the woman's fertile phase, and male participation also increased by an average of 15 percent. When asked about the partner's attendance at medical consultations, 21 percent of the women replied that their partner had attended the consultation with them. In general, the organizations had to overcome many difficulties in reaching men, but the strategy of approaching them during weekends and evenings provided good results.

There were also important changes in attitudes about male participation in reproductive health. At the end of the study, the majority of men and women interviewed believed that men should be involved, increasing from 40 to 84 percent. In spite of the improvements, there were still some unfavorable attitudes related to partner communication—representing a future challenge for programs. Twenty-five (25%) of women and 37 percent of men continued to think that women who use family planning are unfaithful; 57 percent of women and 67 percent of men believed that women should have the last word on family planning; and, surprisingly, 20 percent of women and 11 percent of men believed that a man is more “macho” if he has more children.

According to the results of the survey, the SDM was widely disseminated in the communities with 64 percent of the women and 48 percent of the men saying that they had heard about this method. Spontaneous recall of the method was related to CycleBeads and the fact that it was a natural method.

The provision of SDM services was offered by community agents who were trained and monitored throughout the study. The providers used support materials for the initial

counseling and follow-up of users, including memory aids, a provider calendar, CycleBeads, and the CycleBeads insert and client card.

There were 142 users admitted to the study having a socio-demographic profile similar to other method users in the geographic area. Of all the users admitted, 8 percent had never had a child, 40 percent had one or two children, 32 percent had three or four, and 20 percent had five or more children. In terms of previous use of contraceptive methods, 44 percent had never used a method, 16 percent used a combination of rhythm and withdrawal, 25 percent were using the pill, 19 percent the injection, 10 percent condoms, and 2 percent the IUD. In terms of prior contraceptive use in the two months before the study, 69 percent were not using any method, 6 percent depended on rhythm, 11 percent withdrawal, 10 percent condoms, and 7 percent used a hormonal method.

Most of the couples (63%) used abstinence during the fertile days, and 20 percent used condoms that were provided by local health units and Ministry of Health promoters. Although most couples knew what to do during the white bead days, 19 out of the 142 users (13%) indicated they had unprotected intercourse knowingly during the fertile days. Couples that used the SDM considered that one important benefit was the favorable change in their relationship due to the fact that they were able to identify their fertile phase with certainty.

The follow up visits showed that 66 percent of users gave spontaneous, correct answers regarding the use of CycleBeads, and 98 percent were able to answer all questions with some probing. Other results showed that 81 percent were aware of the selection criteria, and approximately 80 percent knew what to do about cycle variations. In terms of overall users, 52 percent completed the full 13-cycles of the study, 36 percent had to leave the study due to cycle variations (cycles over or under 26 days), and in 7 percent of the cases one spouse refused to continue in the study, and another 5 percent simply decided to leave the study without any explanation.

STUDY IMPLICATIONS

- It is possible to increase male participation if programs are strategic and seek to actively involve men.
- Reaching men requires institutions to be flexible and innovative.
- It is feasible to introduce family planning in non-health community programs.
- The SDM can be successfully integrated into community models that are offered by trained promoters and supervised by technical personnel.
- Coordination between NGOs and the Ministry of Public Health is effective for improving the service and provision of all family planning methods.
- Local NGOs need systematic technical assistance to develop research studies and to disseminate the results.

I. ANTECEDENTES

La República de El Salvador está ubicada en América Central, tiene una extensión territorial de 21,040.79 Km², una proyección de población para el año 2003 de 6, 517,798 habitantes¹ lo cual indica una densidad poblacional de 310 habitantes por Km². Esto lo convierte en uno de los países más densamente poblados de Latinoamérica.

La población salvadoreña es joven en su mayoría, 55.1% son menores de 25 años, según residencia se calcula que 58.8% de los habitantes del país residen en el área urbana. La edad promedio no supera los 20 años, esta situación se debe a la alta fecundidad que aún prevalece en el país. La población femenina es de 52.2%, lo que representa un índice de masculinidad de 0.90².

- Fecundidad

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-93 FESAL-98), la tasa global de fecundidad ha evolucionado de 6.85 en el quinquenio 1960-1965 a 3.6 hijos por mujer en el quinquenio 1993-1998. Las mujeres con baja escolaridad o del nivel socioeconómico bajo tienen 5 hijos/as por mujer. Por otra parte, se ha incrementado la tasa de embarazos premaritales y la fecundidad ha disminuido en todos los grupos de edad de mujeres, particularmente en las mayores de 35 años³.

Es importante hacer notar que al grupo de mujeres de 20 a 29 años corresponden el 55.86% de nacimientos, al grupo de 12 a 19 años, el 21.31% y en el de 30 a 34 años se observa el 13.36%, concluyendo de esta forma que se mantiene en el país, lo que en términos demográficos se denomina fecundidad temprana⁴. La Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1998, reporta que en El Salvador, la tasa global de fecundidad de las mujeres entre 15 y 49 años de edad, es de 3.6 hijos por mujer, observándose un incremento en el área rural a 4.6 hijos por mujer.

- Planificación Familiar

En cuanto a planificación familiar, 97% de las mujeres entre 15 y 44 años de edad, conoce o ha oído hablar al menos de un método, siendo más conocidos los orales (92.7%), la esterilización femenina (91.4%) y los condones (90.5%). En cuanto al conocimiento de métodos naturales, la encuesta reporta que menos del 5% ha escuchado sobre ellos; los métodos naturales más conocidos son: Ritmo y Billings que en conjunto son conocidos por

1 Ministerio de Economía. Dirección General de Estadística y Censos. Proyecciones de Población de El Salvador a 2025. 1995.

2 Op cit número 1.

3 Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 1998

4 Op Cit número 3

el 3.1% de todas las mujeres de 15 a 44 años. Siendo más conocidos en las áreas urbana que en las rurales.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres casadas/unidas es del 59.7%, observándose en menor proporción en el área rural con el 51%. Los métodos más usados son: la esterilización femenina (32.4%), seguido de la inyección y la píldora que reportó un uso del 8.9 % para la inyección y 8.1 % para los orales)⁵. La población que reportó no estar usando método alguno, refiere que además de las causas relacionadas con el embarazo que son del 66.5%, existen otras no relacionadas que les motivan a no usar un método, entre ellas 12.3% que no usa alguno por temor a efectos secundarios y 3% por razones religiosas.

La oferta de planificación familiar está disponible en todos los establecimientos de la red MSPAS, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), servicios de salud privados y algunas ONG's de salud. El MSPAS quien es el principal proveedor de servicios para toda la población, en los últimos años ha extendido los servicios de planificación familiar directamente a la comunidad bajo un enfoque de riesgo reproductivo, por medio de los promotores de salud comunitaria⁶. De acuerdo al perfil de promotores de salud su principal función es la información y referencia, pero dadas las necesidades y su capacidad en la provisión, entregan los métodos orales, inyectables, de barrera y con menor frecuencia los naturales.

En cuanto a métodos naturales, los resultados de un estudio realizado por Project Concern International, PCI/PROCOSAL con el apoyo del Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown⁷ en 1999, obtuvo información de 12 comunidades rurales, este estudio fue realizado previo a la implementación de los estudios operativos para la incorporación del Método de Días Fijos en El Salvador y demostró que el uso de métodos naturales como el Ritmo y el Calendario es común, y que muchas parejas lo buscan después de interrumpir el uso de otros métodos; especialmente por los efectos secundarios.

Con este mismo estudio, se pudo conocer que la información básica que poseen las parejas que utilizan métodos naturales, para determinar su fase fértil, es inconsistente y que además los profesionales de salud refieren que los entregan solamente cuando una mujer lo solicita. Los establecimientos de salud lo ofrecen sin utilizar un protocolo homogéneo, especialmente para establecer el cálculo de los días fértiles, además no siempre disponen de materiales de apoyo para la enseñanza de todos los métodos naturales. Estos datos tienen relación con información de la encuesta FESAL 98 cuando al preguntar a las

⁵ Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL 98, El Salvador, C. A.

⁶ MSPAS, Manual Técnico de Salud Reproductiva, diciembre 1999, El Salvador

⁷ Universidad de Georgetown, Instituto de Salud Reproductiva, PCI/PROCOSAL, Estudio Cualitativo previo a la implementación de los estudios operativos de MDF en El Salvador, 1999

usuarias de Ritmo y Billings sobre su período fértil dentro del ciclo menstrual con más probabilidades de un embarazo, solamente el 29% acertaron la respuesta indicada, el resto fue descrito como un grupo de usuarias con desconocimiento de información clave para el uso correcto del método⁸.

- **Demanda de servicios de planificación familiar**

El análisis de las tendencias de prevalencia en el uso de anticonceptivos en El Salvador muestra un incremento considerable en la última década estudiada, la cual mostró un aumento de más de 12 puntos porcentuales; en 1988 se tuvo una prevalencia de uso de 47.1% y en 1998 se incrementó 59.7% y el 52.4% de las mujeres que no usan ningún método actualmente desea utilizar uno⁹.

Además, se identifica demanda insatisfecha de planificación familiar en el país, según los datos de la encuesta de Salud Familiar FESAL 98, reportan que del 34.1% de las mujeres entre 15 a 44 años, que no estaban embarazadas y que además deseaban posponer o evitar un embarazo, el 42.6% no está protegida con un método. Las razones por las que algunas mujeres no acceden a estos métodos para prevenir o espaciar un embarazo, son principalmente temor a efectos secundarios, oposición del compañero, religión, no lo ha decidido o cree que no lo necesita.

Otro grupo de mujeres en la misma encuesta FESAL 98, declaró que utilizan un método de planificación familiar aunque su deseo es utilizar otro, pero por diferentes razones fuera de su control se ve obligada hacerlo, por ejemplo la falta de información sobre todos los métodos fue reportada en el 11.7% y por ser el disponible en la fuente más cercana es de 7.7% , otro grupo de mujeres indicó que ha dejado de utilizar un método por causas no voluntarias.

- **La participación del hombre en la planificación familiar**

Uno de los aspectos que ha demostrado preocupación a los planificadores y políticos de salud, es la poca participación del hombre en los programas de salud, pero es aún mayor la preocupación por la poca participación en los programas de salud reproductiva y planificación familiar¹⁰. En la actual administración estatal, el Gobierno de la República ha asumido compromisos internacionales en relación a los derechos reproductivos de las personas, entre ellos el de Cairo 1994, Copenhague 1995, Beijing 1995 y otras relacionadas con los derechos de la mujer; en relación a estos compromisos, el MSPAS ha puesto en

⁸ OP cit idem No. 3

⁹ OP cit idem No. 3

¹⁰ Op cit a No. 6

marcha programas que ayudan a la transformación de la salud materno infantil hacia el involucramiento del hombre dentro de los procesos de gestión, atención y provisión de servicios con el objeto de que el hombre sea partícipe y responsable de la salud reproductiva¹¹.

II. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Project Concern International de El Salvador (PCI) y El Comité de Integración y Reconstrucción de El Salvador (CIRES), son dos instituciones sin fines de lucro que trabajan desde hace más de diez años en El Salvador, sus programas están enfocados al desarrollo de las poblaciones más pobres de las áreas rurales y atienden necesidades de salud, saneamiento, educación y microempresas.

En 1999, CIRES y PCI presentaron al Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown, propuestas para trabajar con educación y servicios de planificación familiar en las zonas rurales donde ejecutan sus proyectos. PCI propuso incorporar planificación familiar en sus Programas de agua y saneamiento y CIRES propuso aumentar las opciones de planificación familiar con la introducción de MDF en sus proyectos de salud.

Por la misión institucional y el perfil de sus proyectos, las propuestas tuvieron algunas diferencias entre ambas instituciones, pero en esencia su principal objetivo fue aumentar la educación, información y servicios de planificación familiar con énfasis a aumentar la participación de hombres e incorporar el Método de Días Fijos dentro de la oferta general.

El Instituto de Salud Reproductiva consideró oportunas estas propuestas, ya que estaba finalizando sus estudios multicéntricos para probar la efectividad del Método de Días Fijos y requería desarrollar modalidades de servicios para proveer el método. PCI propuso incorporar planificación familiar en sus proyectos de agua y letrinas, implementando una estrategia educativa a toda la población y que además aumentaría la participación del hombre, buscando mejorar la comunicación en pareja para la toma de decisiones. Además de la estrategia educativa se propuso desarrollar un modelo de servicios de planificación familiar ofrecido en la comunidad, introduciendo el Método de Días Fijos a la oferta general e implementando un sistema de referencias de usuarias hacia los establecimientos del Ministerio de Salud y Profamilia.

El Instituto de Salud Reproductiva apoyó estas iniciativas y junto a las ONG's locales estableció coordinaciones con instituciones de nivel nacional para garantizar el apoyo y el trabajo conjunto. La mayor coordinación se estableció con el Ministerio de Salud y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, quienes habían sido identificados como los

11 MSPAS, Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Mujer, El Salvador 2002

principales proveedores de los servicios de planificación familiar a la población de las zonas de estudio.

III. PROBLEMA

En El Salvador, la planificación familiar al igual que algunos otros servicios de salud, ha mostrado limitado acceso, lo cual se refleja en un sector de mujeres en edad fértil y en unión, que no deseando un embarazo, no acceden a un método de anticoncepción. Aunque se reconoce que el índice de uso de métodos ha aumentado a nivel nacional, en el área urbana, se identifica una diferencia bastante marcada con la población rural.

La tasa de fertilidad a nivel nacional es 3.6 incrementándose en el área rural a 4.6 hijos por mujer. Las mujeres en edad fértil y en unión conyugal que no utilizan ningún método de planificación familiar, antepone las barreras culturales, de religión y de bajo nivel de escolaridad, el acceso geográfico y económico. Un grupo de la población del área rural no accede a los métodos disponibles por miedo a efectos secundarios y preocupación por su salud. Los estudios demuestran que algunas mujeres y parejas dejan de utilizar un método por los efectos secundarios (27.4%). Además, expresan que hay poca comunicación entre la pareja sobre la necesidad de planificar para espaciar los embarazos. Los programas actuales están dirigidos a la mujer como única responsable de la planificación familiar¹² y no tienen programas que incentiven la participación del hombre.

- Necesidad de protección ambiental

El grave deterioro acelerado del ambiente está ocasionando graves problemas económicos y sociales, amenazando con daños irreversibles para el bienestar de las presentes y futuras generaciones. El Gobierno de El Salvador fundamenta que el desarrollo económico y social debe ser compatible y equilibrado con el medio ambiente; sin embargo, la Política de Medio Ambiente no muestra una vinculación directa y coordinada con la Política de Población lo que consecuentemente no muestra la presencia de programas afines¹³.

Reconociendo la importancia crítica de la relación y sinergia entre el ambiente y la población, la falta de programas y estrategias toman en cuenta esta simbiosis natural. Las estrategias actuales son más que todo verticales, enfocándose en un solo sector – tal como son agua y saneamiento, agricultura o planificación familiar. En aislamiento, estas estrategias no tienen el impacto potencial que pudieran tener a nivel comunitario o familiar, donde la gente pueda visualizar sus necesidades de forma integrada en los conceptos básicos de su desarrollo. La programación multisectorial podría apoyar a las

¹² Op cit a No. 11

¹³ Ley del Medio Ambiente, Decreto No. 233, El Salvador 1999

comunidades a formar un vínculo conceptual entre sus necesidades actuales y futuras y los recursos escasos que tienen o necesitan tener para su propia sostenibilidad.

- Falta de participación de hombres en programas de planificación familiar

Tanto a nivel de la comunidad como a nivel institucional hay una escasez de estrategias y programas que promuevan la comunicación y toma de decisión en pareja o que específicamente promuevan la participación del hombre, especialmente en conceptos de planificar la familia o decisiones de espaciamiento de embarazos, así como el uso consciente de métodos de planificación familiar. El Plan de Gobierno “La Nueva Alianza”, propone dentro de sus políticas de salud, el fortalecimiento de los programas de atención en salud, priorizando la salud reproductiva en áreas de mayor riesgo, focalizando en la participación equitativa entre hombre y mujer.

Para el Ministerio de Salud ha cobrado relevante importancia favorecer y fomentar condiciones que mejore la participación plena del hombre para la contribución y entendimiento en pareja. Sobre este tema existen algunos avances, se está trabajando con intervenciones que potencien a la mujer y fortalezcan la comunicación en la pareja, según lo refleja el Plan Anual Operativo de Gerencia de la Mujer del MSPAS y de la Gerencia de Atención al Adulto Masculino del MSPAS, que están implementando en su nuevo modelo de atención programas con ese propósito, y se espera que antes de que termine el quinquenio se vean avances de las acciones, es decir que actualmente se encuentran en proceso.

A nivel operativo, en los servicios de salud se evidencian dificultades en los servicios, de salud reproductiva y planificación familiar para aumentar la participación de los hombres en servicios de educación y salud. Los proveedores culpan a los hombres de ser “machos” violentos, alcohólicos y no preocupados por la salud de su familia, mientras los líderes comunitarios, hombres y mujeres, indican que muchos hombres apoyarían tanto la planificación familiar, incluyendo la abstinencia periódica, si fueron involucrados en la educación sobre la utilización del método en una forma correcta y si existieran programas que los involucren activamente.

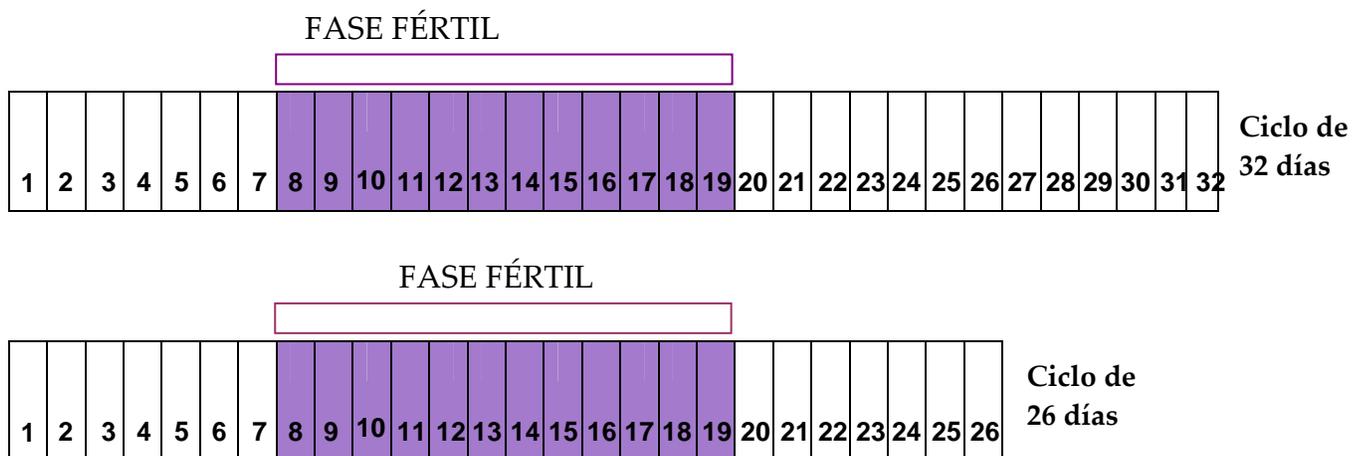
IV. MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS

El Método de Días Fijos (MDF), es un nuevo método moderno y natural de planificación familiar que ha sido desarrollado por el Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown. Este método se basa en el hecho, que en cada ciclo menstrual de la mujer existe una fase fértil, durante la cual ella puede quedar embarazada; esta fase va del día 8 hasta el día 19 de sus ciclos.

Las mujeres con ciclos menstruales entre 26 y 32 días, pueden usar el Método de Días Fijos para evitar un embarazo, evitando las relaciones sexuales sin protección durante la fase fértil de su ciclo¹⁴. Su uso depende de la abstinencia de las relaciones sexuales o el uso de un método de barrera durante los días fértiles del ciclo menstrual de la mujer. Requiere de la cooperación de ambos miembros de la pareja, y es más apropiado para las mujeres que menstrúan con regularidad.

Como lo muestra la Gráfica No. 1, esta fase identificada es consistente sin importar la duración del ciclo, mientras el ciclo esté entre el rango de 26 - 32 días. La probabilidad de que esta fase cubra todos los días fértiles es mayor para los ciclos dentro de este rango, sin embargo, también proporciona cobertura significativa a los ciclos que duran un poco más o un poco menos.

GRÁFICA No. 1



¹⁴ Arévalo M., Sinai I., Jennings Victoria. Una fórmula fija para definir la fase del ciclo menstrual. *Contraception*, 2002;60:357-360

Existe una variedad de formas para “llevar la cuenta” del día actual del ciclo menstrual de la mujer. Algunas parejas son capaces de recordar cuándo iniciaron su más reciente sangrado menstrual y contar según corresponda. Otras pueden preferir utilizar un calendario- simplemente marcando cada día, empezando con el primer día del sangrado menstrual de la mujer.

Durante el estudio operativo desarrollado con PCI y CIRES, las parejas utilizaron una ayuda visual muy sencilla, llamada el Collar del Ciclo™. Se trata de un collar de cuentas de diferentes colores, donde cada una representa un día del ciclo menstrual y un anillo de hule negro que la mujer o su pareja mueven por una cuenta cada día, a fin de poder saber cuándo está en su fase fértil.



La perla roja representa el primer día de la menstruación, seguida de 6 cuentas cafés (indicando que los primeros 7 días del ciclo no son fértiles). Estas van seguidas por 12 cuentas blancas que representan la fase fértil. El resto de las cuentas es café, de nuevo indicando días infértiles, el día 27 está representado por una

perla café más oscura que se reconoce como la perla marcada, y ésta indica que si la menstruación ha llegado antes de poner el anillo sobre esta perla la usuaria tiene un ciclo inferior a los 26 días, en consecuencia no puede usar este método

- Criterios de elegibilidad para usuarios del Método de Días Fijos

Al igual que en el resto de métodos de planificación familiar, el MDF tiene definidos los criterios de elegibilidad de usuarios y se han dividido en dos grupos: los criterios biológicos que se aplican a la mujer y que están relacionados a la duración y periodicidad del ciclo menstrual y los criterios de comportamiento que son aplicados a la pareja, para saber si existe acuerdo para llevar un método de pareja.

- Sector de población que beneficia el Método de Días Fijos

Las encuestas demuestran que alrededor de 60 millones de mujeres en todo el mundo están haciendo alguna forma de abstinencia periódica para evitar un embarazo; sin embargo una gran mayoría de ellas no sabe en que momento del ciclo tienen las posibilidades de quedar embarazadas, por lo cual su intención de evitar un embarazo falla frecuentemente. Además hay millones de mujeres que a pesar de no desear un embarazo no están usando ningún método para evitarlo y otras empiezan a usarlo y lo descontinúan en pocos meses por efectos secundarios. Todas estas mujeres podrían beneficiarse con el Método de Días Fijos que es un método económico, natural y libre de efectos secundarios.

- **La base científica del Método de Días Fijos**

El Instituto de Salud Reproductiva desarrolló el Método de Días Fijos, utilizando una rigurosa metodología científica, está basado en la evidencia biológica de que cada mujer tiene en su ciclo menstrual una fase fértil durante la cual puede quedar embarazada; esta fase fértil comprende los 5 días previos al día de la ovulación. Este hecho se relaciona con la vida del espermatozoide, el cual solamente sobrevive en el tracto reproductivo de la mujer aproximadamente 5 días y al hecho de que el ovulo vive solamente 24 horas.

- **Eficacia del Método de Días Fijos**

Para determinar la eficacia del Método de Días Fijos, el Instituto de Salud Reproductiva realizó un estudio clínico de eficacia a nivel internacional en el que participaron alrededor de 500 mujeres de Bolivia, Filipinas y Perú que usaron el método durante un año. El Método utilizó los criterios que son reconocidos internacionalmente para los estudios de eficacia de cualquier método moderno de planificación familiar¹⁵. Los resultados de este estudio mostraron que cuando la mujer usa el método correctamente su eficacia es más del 95%. El estudio también demostró que las mujeres pueden usar bien el Collar del Ciclo y que el hombre puede participar activamente en su uso.

- **Capacitación y asistencia técnica en el método**

El Instituto ha trabajado para asegurar que los programas cuenten con los elementos apropiados para ofrecer el método apropiadamente y con éxito. Ha desarrollado una currícula educativa para capacitación de proveedores de servicios, consejeras y educadores, también ha desarrollado materiales para la consejería y material de difusión. Todos estos materiales son críticos para asegurar un servicio de buena calidad.

El Instituto también ha desarrollado una amplia gama de materiales para usuarios, incluyendo la ayuda visual del Collar del Ciclo y otras para aprendizaje, que se han adaptado y validado en cada programa según las necesidades locales. Los estudios de validación y la experiencia del estudio operativo ha demostrado que el método ha sido utilizado fácilmente por las mujeres que fueron instruidas por los proveedores entrenados utilizando solamente una ayuda memoria sobre el uso del método y los criterios de elegibilidad.

En los estudios operativos realizados en El Salvador y los materiales del Método de Días fijos fueron desarrollados con un riguroso proceso de revisión técnica y validación de

¹⁵ Trussell K, Post K. Falla anticonceptiva en los Estados Unidos: Estudio bibliográfico. Estudios de Planificación Familiar, 1987; 18:237-83

campo con la participación de usuarios potenciales y agentes locales, en donde se obtuvieron las recomendaciones de los materiales genéricos desarrollados por el Instituto para hacer las adaptaciones locales y la integración a al manual de educación comunitaria de PCI bajo la estrategia educativa “planificando juntos”.

V. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

La propuesta para la investigación operativa planteó los siguientes objetivos de investigación:

1. Poner a prueba la incorporación de educación y referencias en planificación familiar en el proyecto comunitario de agua y saneamiento de PCI / PROCOSAL.
2. Determinar la factibilidad de incorporar hombres en la instrucción y seguimiento de la planificación familiar y en qué grado deberían incluirse en el proceso.
3. Determinar si los agentes comunitarios pueden enseñar exitosamente el Método de Días Fijos.
4. Explorar satisfacción de usuario/as y los índices de uso correcto y continuidad del Método de Días Fijos en un contexto que se aproxime más a las condiciones reales de prestación de servicios que a los estudios de efectividad.
5. Medir el impacto de la oferta de educación en planificación familiar y la oferta comunitaria del Método de Días Fijos sobre los conocimientos y uso de la planificación familiar a nivel comunitario.
6. Probar los efectos del proceso de difusión formal y no formal de Método de Días Fijos en la comunidad.

VI. PREGUNTAS DE INVESTIGACION

A través de este estudio, PCI propuso determinar la manera más efectiva para incorporar planificación familiar en sus programas de agua y saneamiento y proveer información que oriente la introducción del MDF en programas de otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales del país y la región. Además ambas instituciones, PCI y CIRES propusieron ofrecer servicios de planificación familiar incluyendo el Método de Días Fijos

a la oferta actual. El estudio planteó las siguientes preguntas de investigación a las que se les daría seguimiento durante todo el período para saber si se lograron los objetivos:

1. ¿Fue factible para PCI poder incorporar la planificación familiar en su programa de agua y saneamiento, con énfasis particular de la participación masculina?
2. ¿Cuánto se debe involucrar al hombre en educación y servicios del Método de Días Fijos y cuáles estrategias son efectivas en términos de uso correcto y continuación del método?
3. ¿Pueden los agentes comunitarios voluntarios enseñar el Método de Días Fijos efectivamente?
4. ¿Cuál ha sido el impacto de educación en planificación familiar, referencias y la entrega del Método de Días Fijos en la comunidad, en cuanto al conocimiento y uso de la planificación familiar?
5. ¿Se difunde información sobre el Método de Días Fijos en la comunidad informalmente? ¿Qué tan correcto es esta información? ¿Hay parejas que utilizan el método sin haber recibido consejería?
6. ¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario/a, en el uso correcto y la continuación del método en el periodo de estudio que mas se aproximen condiciones de entrega actual en servicios en vez del estudio clínico?

Al final del proyecto se introdujeron tres nuevas preguntas de investigación para medir aspectos más específicos de usuarios y poder determinar los siguientes pasos y acciones para la demanda futura.

7. ¿Qué ha pasado con las usuarias del MDF que salieron del estudio?
8. ¿Fue factible incorporar al hombre a los programas de planificación familiar?
9. ¿Cuánta demanda existe para el Método de Días Fijos, después de la estrategia IE&C¹⁶

VII. ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS

Se determinaron tres estrategias para ser implementadas durante el periodo de estudio, dos de ellas fueron exclusivas del modelo PCI, ya que ellos estaban buscando la forma de demostrar que es posible incorporar educación y servicios de planificación familiar en proyectos comunitarios que no necesariamente son de salud y además probaron que se puede aumentar la participación de los hombres en planificación familiar, cuando se aumenta la información y la educación comunitaria. La tercera estrategia fue común en

¹⁶ Programas de Educación, Información y Comunicación

ambos modelos desarrollados por PCI y CIRES, ya que probó un modelo de servicio de MDF ofrecido en la comunidad.

Las estrategias implementadas se definen textualmente de la siguiente manera:

- 1) Aumentar acceso a información y servicios de planificación familiar, incluyendo métodos naturales, para mujeres y hombres en comunidades rurales, haciendo mayor énfasis en aumentar la participación de hombres.
- 2) Integrar mensajes y servicios de planificación familiar en el programa de educación sanitaria que PCI desarrolla a nivel de comunidades rurales.
- 3) Desarrollar un modelo comunitario para ofrecer MDF por medio de agentes comunitarios capacitados y supervisados por el personal técnico. Este modelo fue concebido a partir de la referencia de usuarias de planificación familiar (todos los métodos) entre PCI, CIRES, Ministerio de Salud y ADS.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO

A. DISEÑO

El Diseño inicial del estudio fue realizado por PCI quienes además de integrar el Método de Días Fijos en la oferta de planificación familiar, propusieron la prueba de estrategias educativas para integrar planificación familiar en programas comunitarios de agua y saneamiento y aumentar la participación de hombres en la salud reproductiva. Después de los terremotos de enero y febrero de 2001, algunos habitantes de comunidades atendidas por PCI tuvieron que emigrar a otros sitios y esta situación afectó la muestra de parejas ya seleccionadas. En este período CIRES presentó al Instituto de Salud Reproductiva una propuesta para incorporar el MDF en su programa de salud comunitaria; el Instituto de Salud Reproductiva considero oportuna esta propuesta para asegurar la muestra propuesta de parejas participantes en el estudio.

De acuerdo a las estrategias implementadas y los objetivos de estudio, PCI utilizó un diseño pre y post evaluación para poder medir el impacto alcanzado con las acciones realizadas, para lo cual se aplicó una encuesta inicial en septiembre de 2001 y una final a

un año después de las intervenciones, esta encuesta midió actitudes, prácticas y conocimientos respecto a servicios de planificación familiar.

Además de las estrategias anteriores PCI y CIRES, desarrollaron un estudio prospectivo de usuarias para medir la factibilidad del modelo de servicio de MDF en los programas comunitarios. En el estudio prospectivo se realizaron entrevistas de admisión y seguimiento las cuales fueron complementadas con entrevistas a profundidad y grupos focales a nivel de las 43 comunidades de intervención.

Inicialmente PCI había propuesto desarrollar un estudio comparativo con dos tipos de comunidades, la primera implementaría la consejería en planificación familiar con el modelo tradicional utilizado en el país, enfocado sólo a la mujer y a otro grupo experimental en el que se probaría el aumento de la participación masculina dando la consejería a la pareja. Este modelo no pudo ser totalmente factible debido a que no siempre se pudo contar con la presencia de hombres al momento de la consejería, además no fue posible negar consejería a parejas que lo solicitaron en las comunidades que se trabajaría el modelo tradicional. Ante esta situación PCI decidió que la participación de hombres se documentaría en los formularios de las visitas de admisión y seguimiento en el estudio prospectivo de usuarias en las que se registraba si el hombre estuvo o no presente en la consejería y cómo fue su participación.

Al final del estudio, se utilizaron diversos procedimientos adicionales para la recolección de información cualitativa para asegurar la complementariedad de información que se obtuvo de las encuestas y datos del servicio.

B. FUENTES DE INFORMACIÓN A NIVEL COMUNITARIO

- Encuesta inicial y final en las comunidades de PCI

Previo a la implementación de la intervención, en Septiembre de 1999, PCI realizó la encuesta domiciliaria para establecer la línea de base. Esta encuesta midió conocimientos, prácticas, disponibilidad y uso de los servicios de planificación familiar en las comunidades.

Después del período de estudio, en Septiembre del 2002, se aplicó nuevamente la encuesta en las mismas comunidades utilizando la misma muestra y las mismas variables de estudio para garantizar la comparación de los datos.

Esta encuesta utilizó el mismo formato en las dos ocasiones, complementando la encuesta final con algunas preguntas específicas sobre participación en las actividades educativas ya

desarrolladas por PCI durante el período de estudio. Se aplicó en las mismas comunidades, utilizando la misma distribución de la población, la cual se hizo por conglomerados. En la muestra final, se aseguró de incluir igual número de hombres y mujeres, ya que en la inicial no fue posible incluirlos en partes iguales.

Se aplicaron 341 entrevistas previas a la implementación y 364 al final de las intervenciones en el período del 17 al 29 de Septiembre de 2002. Las características de la muestra fueron las mismas y se definieron criterios tales como: la edad reproductiva (mujeres entre los 15 y 45 años y hombres entre los 15 y 60 años), que fueran residentes en las comunidades al menos en el último año, disponibilidad para firmar una hoja de autorización de ser entrevistado y disponibilidad para ofrecer información.

El formulario de encuesta está dividido en 9 secciones, cada una agrupa variables de interés que recogen información específica para cada tema y que fue sistematizada y analizada.

Partes de la encuesta domiciliar

- A) Datos generales
- B) Conocimientos de la salud reproductiva
- C) Uso de la planificación familiar
- D) Servicios de planificación familiar
- E) Búsqueda de servicios de salud
- F) Toma de decisiones y comunicación entre la pareja
- G) Actitudes
- H) Participación comunitaria y
- I) Participación en actividades educativas de PCI.

Para la aplicación de la encuesta domiciliar, PCI contrató personal de campo que fue entrenado para la aplicación, en un taller que duró 16 horas y se desarrolló en dos días. Los formularios fueron revisados por los supervisores, para asegurarse de que tuvieran la información completa y consistente. Luego se procesaron en el programa estadístico SPSS codificando cada respuesta para luego poder obtener tablas de datos con los cruces de variables necesarios para analizarlos en el programa Microsoft Excel.

- Estudio prospectivo con usuarias

El Instituto de Salud Reproductiva contrató los servicios de una consultora para el monitoreo, asistencia técnica y procesamiento de información del estudio prospectivo de usuarias admitidas al método. El estudio prospectivo fue diseñado a partir de un modelo de servicio que semeja un modelo clínico para ofrecer MDF en la comunidad. Estos servicios fueron ofrecidos por instructores voluntarios y facilitadores en las comunidades

de PCI y promotores de salud en las comunidades de CIRES. Este personal de campo fue supervisado por personal técnico contratado con fondos del proyecto, por ambas instituciones, específicamente para las actividades del estudio operativo. PCI contrató los servicios de una Licenciada en Atención Materno Infantil y CIRES a un médico comunitario, quienes fueron capacitados para la supervisión de los servicios de MDF y las actividades de investigación operativa.

Durante el estudio se documentó la información de las usuarias y sus compañeros, obtenida por medio de entrevistas que se aplicaron desde la preadmisión por medio de la “visita inicial” que hicieron los voluntarios de las comunidades de PCI y los promotores de salud de CIRES para determinar si las parejas, estaban de acuerdo en participar en el estudio operativo y dispuestos a firmar una hoja de consentimiento informado. Luego se aplicó la encuesta de admisión al comienzo de uso del MDF, posteriormente se hicieron visitas de seguimiento al completar el primer ciclo de uso, y luego a cada tres ciclos hasta terminar 13 ciclos de uso del método que era lo que el estudio había previsto. En la Tabla No. 1, se muestra el número de entrevistas aplicadas a las usuarias durante el periodo de estudio.

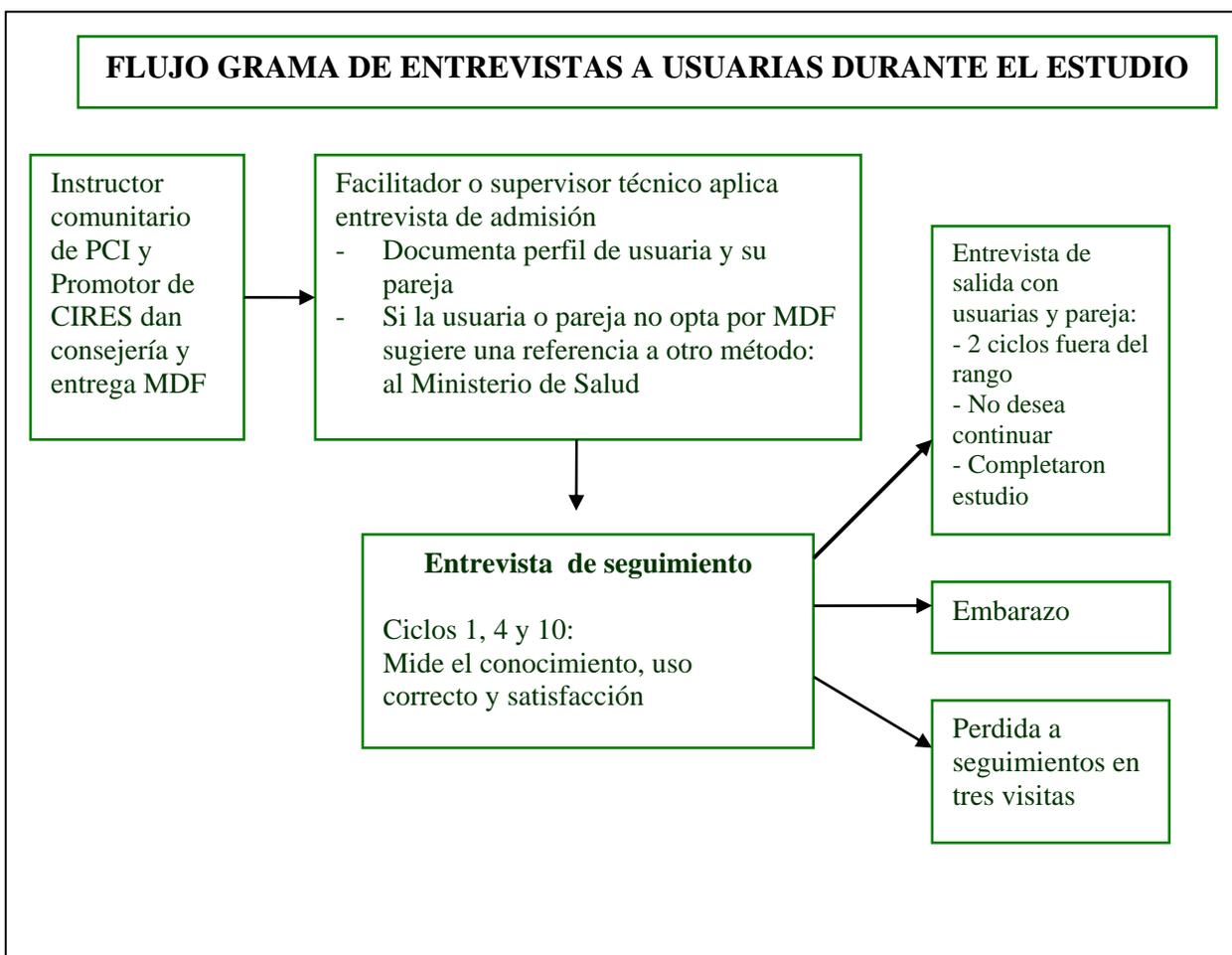
Tabla No. 1
Entrevistas aplicadas a usuarios del MDF
(2002 – 2003)

Tipo de entrevista	Usuarías
Admisión	143
Salida por ciclo	43
Embarazadas	17
Pérdidas	7
Finalizaron los 13 ciclos	88

Los datos finales, muestran que se aplicaron 143 encuestas de admisión. De las usuarias admitidas, 43 salieron del estudio por ciclos irregulares fuera del rango de 26 a 32 a días, a 7 de ellas se perdió su ubicación y después de 3 visitas se les aplicó un formulario de salida notificándolas como pérdida, 17 salieron embarazadas y 88 terminaron los 13 ciclos previstos. En las visitas se exploraba el manejo de los días fértiles, comunicación con pareja, satisfacción y continuación con el método. Para estas visitas, se diseñaron instrumentos de entrevistas y matrices de recolección de datos de actividades complementarias

En el Flujoograma No. 1, se puede apreciar el proceso de aplicación de entrevista a usuarias que se siguió durante el estudio, desde la admisión hasta la salida. Estas entrevistas fueron aplicadas en el domicilio y se documentaron en los formularios diseñados en el proyecto.

Flujograma No. 1



- Entrevistas y grupos focales con usuarias

A los seis meses de iniciado el estudio operativo y cuando algunas de las parejas llevaban varios meses de uso del MDF, en noviembre de 2001, se aplicaron entrevistas a profundidad a las parejas que estaban utilizando el MDF. El propósito fue conocer los niveles de satisfacción, estrategias para el manejo de días fértiles, aspectos de sexualidad en pareja y expectativas futuras sobre el uso de planificación familiar. Estas entrevistas fueron aplicadas por una consultora contratada con por el Instituto. Al final del período de estudio, en noviembre del 2002, se realizaron nuevamente entrevistas y grupos focales con usuarias del MDF y usuarios, las cuales estuvieron orientadas a conocer las opiniones sobre su satisfacción y participación en las actividades del proyecto.

- **Entrevistas y grupos focales con líderes en la comunidad**

Al finalizar el estudio se realizaron entrevistas y grupos focales con los agentes clave, líderes en la comunidad, entre ellos: directivos de las “Juntas de Agua”, directivos de las “Asociaciones Comunales” (ADESCO) y parteras acreditadas or el Ministerio de Salud. El propósito de estas entrevistas fue obtener las opiniones respecto a la aceptación, factibilidad comunitaria y sostenibilidad futura del proyecto. En total se realizaron 13 entrevistas a profundidad y 3 grupos focales, las cuales fueron aplicadas en la comunidad.

- **Visita inicial – CIRES**

Como CIRES no realizó encuesta domiciliar, para obtener información previa y durante el estudio, consideró importante documentar la primera visita domiciliar inicial que los promotores de salud hicieron a las viviendas de la zona estudiada para tener un referente de partida. Estas visitas se realizaron a lo largo de todo el estudio desde noviembre 2001 a noviembre 2002, con el propósito de obtener información sobre la oferta y demanda de servicios de planificación familiar en la zona, y poder identificar oportunidades de aumentar la información y servicios en aquellas familias con mayores necesidades insatisfechas, según lo indican los datos comunitarios. Para la recolección de esta información CIRES con el apoyo del Instituto, diseñó un formulario que colectó información sobre: a) uso de planificación familiar, b) necesidades, c) servicios disponibles en la comunidad y d) referencias de PF a otros centros.

La información de estas visitas fue procesada por personal contratado con fondos del proyecto, utilizando el programa SPSS y fue analizada por el equipo de CIRES durante el proceso de estudio. Esto le permitió identificar parejas con necesidades de seguimiento para satisfacer sus necesidades de planificación familiar después de la “visita inicial” y programar las intervenciones en la zona.

C. FUENTES DE INFORMACIÓN A NIVEL INSTITUCIONAL

- **Datos del sistema de información de CIRES y PCI**

PCI y CIRES durante todo el estudio registraron la información de sus actividades, con el propósito de tener información disponible que les permitiera el monitoreo a nivel institucional y comunitario en sus actividades y seguimiento de usuarias. El sistema utilizó los formularios diseñados en el proyecto y fue consolidado trimestralmente por las ONG’s en donde se registró información sobre los siguientes rubros:

- a) Capacitaciones de proveedores: inicial y seguimientos
- b) Capacitación para difusión de planificación familiar a grupos voluntarios
- c) Información y sensibilización sobre MDF a personal de MSPAS
- d) Reuniones de coordinación con personal del Ministerio de Salud
- e) Actividades comunitarias: visitas domiciliarias, reuniones comunitarias y brigadas de salud en las comunidades donde se proveen los servicios.
- f) Personal comunitario activo: instructores, promotores y voluntarios
- g) Datos de usuarias de MDF
- h) Referencias y contrarreferencias de usuarios

Al final del estudio, se consolidó un informe general que permitió analizar sobre las actividades y los avances desarrollados en ambas instituciones.

- Guía de Refrescamiento aplicada a proveedores de MDF

Una de las metas del proyecto fue asegurar la competencia de los proveedores, especialmente en el MDF que fue algo nuevo que ellos ofrecían en las comunidades de PCI y en las de CIRES el que estaban incorporando a su oferta de servicios. Para asegurarse, se monitoreó la competencia de cada proveedor utilizando la “Guía de Refrescamiento”. Este es un instrumento diseñado por el Instituto de Salud Reproductiva el cual simula una sesión de consejería y mide la competencia del proveedor. Esta guía se aplicó a veinticinco instructores comunitarios de PCI y cuatro facilitadores técnicos, y a seis promotores de salud de CIRES. Fue aplicada a los tres y seis meses después de la capacitación inicial y al final del estudio. Su aplicación permitió a los proveedores probar su nivel de conocimientos para ofrecer el método y a los facilitadores técnicos de PCI y el médico supervisor de CIRES, orientar las sesiones de reforzamiento con los grupos de proveedores adecuadas a las necesidades.

La guía consta de cinco secciones que contienen información sobre el proceso de selección de usuarias, consejería, situaciones especiales y seguimiento de usuarias para el MDF, tiene 48 ítems que permiten monitorear los conocimientos y competencia de los proveedores en cada sección de contenidos. Los contenidos de la guía son los siguientes:

- Requisitos para usar el MDF
- Como usar el Collar del Ciclo
- Cuando los usuarios deben buscar consejos
- Visita de seguimiento
- Aspectos de pareja.

(Ver anexo 4)

- Entrevistas y grupos focales con personal institucional

Al final del estudio, se realizaron entrevistas individuales y grupos focales con los facilitadores técnicos de PCI y con promotores y supervisores de CIRES, con el objetivo de conocer sus opiniones y experiencias sobre la implementación de las estrategias y aceptabilidad a nivel técnico, tomando en cuenta sus nuevas actividades requeridas para el desarrollo del estudio operativo. También en el ámbito institucional se realizaron entrevistas con personal del MSPAS, especialmente con los promotores de salud, enfermeras del programa de PF y médicos directores, para conocer sobre los mecanismos de coordinación, difusión, aceptación comunitaria y utilidad percibida de acuerdo a las necesidades de servicios de planificación familiar en las comunidades; así como posibles cambios en la demanda y oferta comunitaria de planificación familiar, después de la implementación del proyecto, que pudieran retroalimentar actividades futuras.

En Tabla No. 2, se presenta un consolidado del número de entrevistas, encuestas y grupos focales realizados durante el período de estudio.

Tabla No. 2
Número de entrevistas y grupos focales realizados al
final del estudio operativo – septiembre 2003

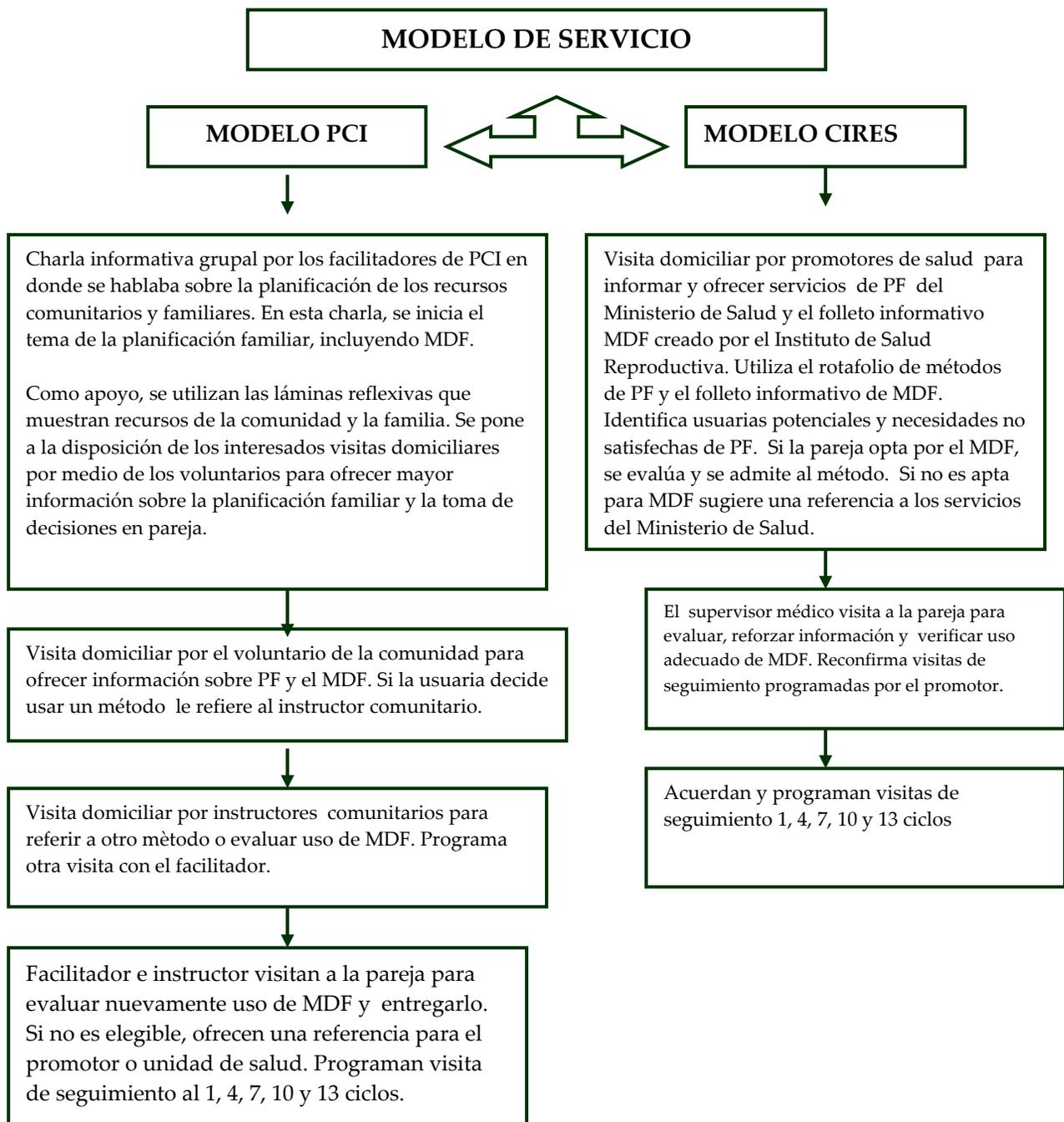
	Grupos focales	Encuesta	Entrevistas	Guía de refrescamiento
Usuarios – encuesta inicial PCI		341		
Usuarios – encuesta final PCI		364		
Voluntarios	1			
Instructores/promotores	2			31
Líderes comunitarios	3		13	
Personal MSPAS	1		18	5
Usuaris de MDF	5		24	
Personal Técnico de ONG's	1			6

IX. MODELO IMPLEMENTADO

El modelo implementado para la entrega de servicios de MDF en las comunidades, semeja un modelo clínico con todas las características del servicio. Fue ofrecido por facilitadores comunitarios y líderes de la comunidad en PCI y por promotores de salud en CIRES. Paralelamente a la implementación de este modelo de servicio, PCI puso a prueba el desarrollo de las estrategias educativas para aumentar la participación de hombres y la

introducción de servicios de planificación familiar en los proyectos de agua y saneamiento, las cuales se fusionaron al modelo de servicio ofrecido en las comunidades de PCI. CIRES puso a prueba la incorporación de los servicios de MDF en sus programas de salud comunitaria. En el Flujograma No. 2, se muestran las actividades del servicio de MDF en ambas instituciones.

Flujograma No. 2
Modelo de servicio implementado por PCI y CIRES para ofrecer el MDF



A continuación se describe con mayor detalle cada uno de los pasos del modelo y las actividades para ofrecer el servicio.

A) MODELO IMPLEMENTADO POR PCI

PCI puso a prueba tres estrategias:

- 1) incorporar la planificación familiar en los proyectos de agua y saneamiento
- 2) aumentar la participación de hombres en los programas de salud reproductiva y planificación familiar; y
- 3) ofrecer información sobre todos los métodos, incluyendo el MDF.

Para implementar estas estrategias, PCI realizó diversas actividades las cuales generaron un cambio en la estructura interna de su organización y en el trabajo comunitario.

En la organización interna, tuvo modificaciones en las contrataciones de su personal de campo, horarios y funciones:

- Contrató personal que estuviera disponible a compartir su tiempo entre las actividades de los proyectos de agua y las actividades de planificación familiar,
- Disponibles e interesados en desarrollar un proceso completo de capacitación en planificación familiar en todos los métodos, incluyendo el MDF
- Trabajar en un horario fuera de los habituales para poder realizar actividades adaptadas a las necesidades de los hombres.

En el trabajo comunitario, PCI también modificó algunas estrategias que, tradicionalmente por muchos años, había desarrollado en sus proyectos de agua y saneamiento, por ejemplo, para poder encontrarse con los hombres y desarrollar actividades con la pareja; se cambió el horario de las charlas informativas en grupo, las cuales se realizaron después de las cinco de la tarde considerando que era la hora en que la mayoría de hombres ya estaban en la comunidad. También las visitas domiciliarias se hicieron los fines de semana o por las noches cuando la pareja ya se encontraba en su domicilio. Aunque la mayoría de estas actividades las hizo el personal comunitario, los facilitadores técnicos de PCI estuvieron presentes en algunas de ellas; por lo que debían adaptar sus horarios de trabajo.

PCI trabajo en el diseño y validaciones de materiales. PCI contaba con la experiencia para el desarrollo de materiales y metodologías en la infraestructura sanitaria, pero para la incorporación de planificación familiar contrató los servicios de personal externo en el diseño y validación de materiales informativos y educativos.

- **Introduciendo planificación familiar en los proyectos de agua y saneamiento**

PCI en sus proyectos de agua y saneamiento, había utilizado una metodología educativa basada en técnicas participativas, la cual se ha desarrollado en el trabajo conjunto en una red de ONG's de Agua y Saneamiento y otras instituciones públicas entre ellas la Gerencia de Salud Ambiental del Ministerio de Salud. Esta metodología ha sido utilizada para la implementación y monitoreo de sus programas educativos en salud ambiental y han sido apoyados por UNICEF. Esta red de instituciones periódicamente han rediseñado los procesos y materiales educativos de acuerdo a las necesidades de los clientes y adaptando a las propias necesidades de las instituciones según los resultados de sus evaluaciones.

La metodología y sus materiales de apoyo ya habían sido probados y validados en los proyectos de agua y saneamiento, habían tenido aceptación y facilidades en el uso, especialmente como materiales de apoyo para los agentes comunitarios. Los materiales que usaron para sus proyectos de agua, consisten en tres módulos (manuales) ilustrados que contienen los elementos básicos para la organización y seguimiento de los proyectos, incluyen temas del uso apropiado del agua, cuidados de la letrina, prevención de las enfermedades de origen hídrico y algunos procesos administrativos de sostenibilidad. PCI decidió utilizar la misma metodología para incluir los contenidos de planificación familiar en sus proyectos sanitarios.

Para poder incluir educación e información sobre planificación familiar y el servicio de MDF, PCI con el apoyo del Instituto de Salud Reproductiva, trabajó en el diseño de materiales propios para esta estrategia y diseñó el cuarto módulo "Planificando Juntos", siguiendo el mismo diseño y metodología de aplicación de los otros tres módulos con los que ya trabajaban sus voluntarios. El nuevo módulo que incorporó la planificación familiar, desarrolló tres componentes básicos que incluyen información y sistema de referencia sobre todos los métodos de planificación familiar e incluyendo el MDF. Los principales contenidos temáticos de esta manual son los siguientes:

- a) Planificación familiar incluida en la educación de agua y saneamiento. Habla sobre la planificación de los recursos comunitarios y los recursos familiares.
- b) Introducción del MDF ofreciendo un modelo comunitario.
- c) Oferta de servicios de planificación familiar en la comunidad utilizando la referencia al promotor o establecimientos de salud.

"Planificando Juntos" busca la creación de espacios de reflexión, para que la comunidad aprenda a reconocer la importancia y beneficios de la planificación de los recursos comunitarios y su relación con la planificación familiar. También en este manual se dispone de información sobre la gama de servicios de todos los métodos de planificación familiar a los que pueden acceder libremente.

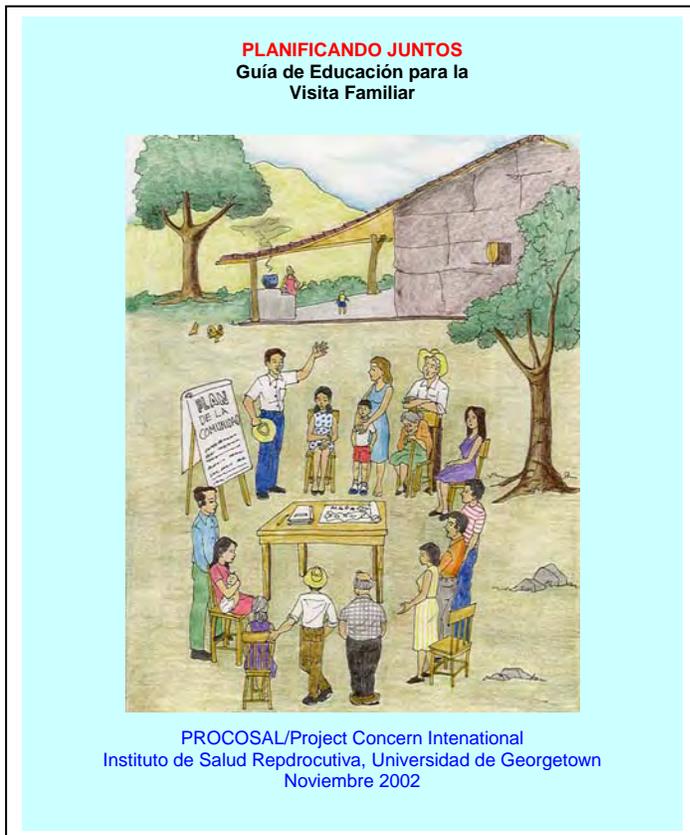


Ilustración 1

Afiche de la Guía de Educación para la Visita Familiar, del manual del voluntario comunitario, elaborado por PCI en 2001. Muestra la participación de hombres y mujeres en la planificación de los recursos, tema introducción para hablar de planificación familiar.

Participación de hombres en la planificación familiar

Otra estrategia que PCI debía probar, era el aumento de la participación del hombre en las actividades de planificación familiar, que fueran educativas o directamente en el uso del servicio. PCI propuso que mediante la información comunitaria y consejería en pareja, se podría lograr esta meta.

Para medir el impacto de estas acciones, PCI propuso desarrollar el estudio con dos grupos de comunidades diferentes; un grupo al que se le daría la consejería tradicional enfocada a la mujer y al otro grupo, que era con el cual PCI probaría el aumento de la participación de los hombres, a este segundo grupo se daría la consejería a la pareja. Sin embargo, no fue posible aplicar este modelo debido a que por los roles de género y el trabajo de los hombres, no se pudo contar con ellos en la mayoría de las consejerías. Además en las comunidades en que se había previsto dar la consejería a las mujeres solas, se tuvo demanda de parejas y no pudo negarse la información.

Ante esa situación, PCI decidió utilizar el mismo modelo en todas las comunidades, dando consejería a mujeres solas y a parejas según lo solicitaran y documentar la participación masculina en los formularios de las entrevistas de admisión y seguimiento del estudio prospectivo, en donde con el análisis podría evidenciar al final del estudio si el hombre estuvo presente en la consejería inicial y cuál era la participación en el uso del método. Los formularios incluían todas estas preguntas.

El modelo sería implementado en trece comunidades rurales las cuales ya habían sido seleccionadas en coordinación con el Ministerio de Salud y determinando criterios de interés para los proyectos de PCI tales como: a) que el período de implementación del proyecto de agua y saneamiento coincidiera con el período de estudio operativo, b) que contara con una directiva ya organizada y c) que el diagnóstico de la comunidad reflejara necesidades no satisfechas de planificación familiar.

- **Actores del modelo implementado**

El modelo implementado por PCI, requirió de la participación de agentes institucionales y comunitarios, dentro del cual, cada uno tiene participación coordinada de acuerdo a su nivel de competencia. A continuación se describen los perfiles de los agentes institucionales y comunitarios y su participación en las actividades del modelo.

- a) El Facilitador Técnico: es personal contratado por PCI, la naturaleza de su trabajo es eminentemente comunitario y su perfil profesional es diverso en las ramas de la educación popular y salud comunitaria. Su función principal es implementar y facilitar los procesos educativos y de organización de la comunidad. Son el vínculo entre la comunidad y la institución. En el modelo su función fue diseñada para llevar información a la comunidad, supervisar y acompañar a los instructores comunitarios en la entrega de MDF y supervisar los procedimientos de la investigación operativa.
- b) Instructores de MDF: son líderes voluntarios, destacados por su participación en los proyectos comunitarios, fueron seleccionados para fines del proyecto, por el equipo de PCI tomando en consideración sus habilidades y disponibilidad para trabajar en grupos. Estos instructores poseen cierto nivel de escolaridad, que va desde primer grado hasta nivel de secundaria. En el proyecto su función fue ofrecer servicios de MDF, referencia a los establecimientos de salud para otros métodos y participar en la admisión y seguimiento de usuarios al estudio prospectivo.
- c) Voluntarios Comunitarios: son agentes que poseen cierto nivel de liderazgo en su comunidad inmediata, poseen poca o ninguna escolaridad, se identifican y son reconocidos como colaboradores de las directivas comunitarias, juntas de agua organizadas con el apoyo de PCI, voluntarios del comité de salud y participantes de

otros comités que funcionan a nivel de la comunidad. Su función en el proyecto fue la visita domiciliar informativa sobre planificación familiar, referencia de parejas interesadas a los instructores de MDF y al promotor de salud de la comunidad.

- **Actividades del modelo**

1) **Charla grupal**

Como primera actividad en este modelo, los facilitadores técnicos de PCI con el apoyo de los voluntarios de la comunidad, organizaron charlas grupales, en las que participaron todos los líderes y beneficiarios del proyecto. Estas charlas tuvieron como propósito ofrecer información y sensibilización sobre el manejo adecuado de los recursos ambientales, tales como el agua, la letrina y el cuidado del suelo. Para iniciar el tema de planificación familiar se desarrollaba una temática introductoria hablando de la planificación de los recursos comunitarios y relacionándolos a los recursos de la familia, así iniciaban los temas de planificación familiar utilizando las láminas reflexivas. Al final de estas charlas los facilitadores abrían un espacio para la discusión y ofrecían la visita domiciliar por medio de los voluntarios, para llevarles mayor información individual o en pareja sobre planificación familiar.

En las charlas grupales, los facilitadores utilizaron los materiales educativos que el “Módulo IV” contiene y que fueron elaborados en el proyecto. Estos materiales incluyen láminas ilustradas en donde se muestran los recursos de la comunidad y de la familia, los cuales servían para crear reflexiones sobre la importancia del cuidado y planificación de los recursos y la familia.

2) **Visita domiciliar por el voluntario comunitario:**

Después de las charlas grupales, los voluntarios de la comunidad visitaron las viviendas y les ofrecieron información sobre planificación familiar en todos los métodos, incluyendo MDF. Para las parejas que mostraron interés por un método, los voluntarios les hicieron una referencia hacia los instructores comunitarios para servicio de MDF o una referencia a otros métodos a la unidad o al promotor de salud.

En la visita utilizaban la “**Guía de Educación para la Visita Familiar**”, los contenidos se desarrollaban en dos sesiones de 30 minutos cada una.

En la primera visita domiciliar se abordaban los temas generales sobre la planificación de los recursos comunitarios como el agua, la tierra, los cultivos, la letrina el chorro público y otros. También se abordaban los temas de la comunicación en pareja y finalizaba haciendo una introducción a la planificación familiar vinculándolo como un beneficio para una

familia saludable, productiva y unida. Para esta actividad se utilizaba la lámina que se muestra en la ilustración No. 2 de este informe, que es parte del Manual de Educación para la Vida Familiar, que utilizan los voluntarios comunitarios para hablar de planificación de los recursos familiares y comunitarios y planificación familiar.

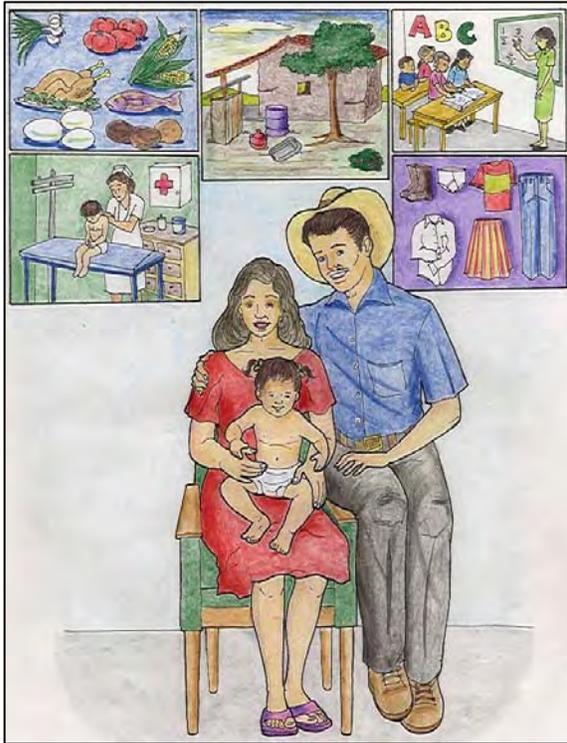


Ilustración 2

Afiche de la Guía de Educación para la Visita Familiar, utilizada por los voluntarios para explicar los recursos familiares y comunitarios.

Fue utilizada en la charla informativa grupal y en la visita domiciliar

La segunda visita domiciliar se realizaba una semana después y en ella se abordaban con más profundidad los temas de la fertilidad, ciclo menstrual, planificación familiar y la decisión en pareja para la elección de un método. Al final de esta sesión, los voluntarios aplicaron una lista de chequeo para determinar el nivel de comprensión de los temas y para conocer las necesidades de planificación familiar de la pareja. Luego entregaban una referencia al instructor comunitario si la pareja decidía recibir mayor información o un servicio de planificación familiar.

Inicialmente la referencia se hizo por medio de listados que los voluntarios entregaron a los instructores comunitarios para dar una visita de seguimiento y atender necesidades de planificación familiar, ya incluyendo el MDF.

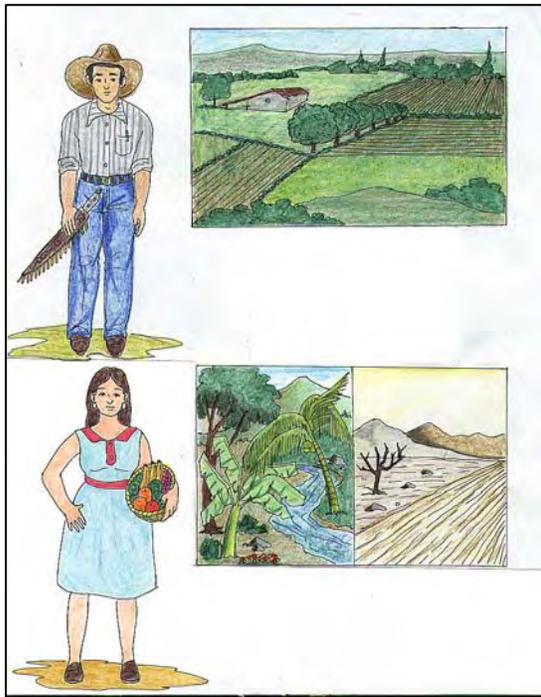


Ilustración 3

Afiche de la Guía de Educación para la Visita Familiar, utilizada por los voluntarios para explicar períodos fértiles en el hombre y la mujer. En esta lámina se relacionaba la fertilidad de la tierra y la de la pareja. Según la opinión de usuarios y proveedores, esta lámina fue para algunos una información importante para saber sobre fertilidad en el hombre.

El estudio cualitativo había determinado que el reconocimiento de los períodos fértiles de la mujer y el hombre era en la mayoría de las parejas de forma equivocada y que aún los que utilizaban métodos naturales no tenían el conocimiento correcto. PCI consideró que este debía ser uno de los puntos que se abordaran con mayor énfasis para enseñar los aspectos básicos de la fertilidad que es necesario que las parejas conozcan y apliquen correctamente.

<i>Contenidos de la visita familiar</i>	
<p>VISITA # 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación de la visita - Aplicación de la ficha familiar - Planificando los recursos y tomando decisiones - Protegiendo nuestros recursos - Tomando decisiones - Planificando la familia: Cartel del MSPAS - Beneficios de la planificación familiar - Cierre: Planificando y decidiendo juntos 	<p>VISITA # 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resumen de la visita anterior - Conociendo nuestra fertilidad - Ciclo menstrual - Métodos de planificación familiar - El Método de Días Fijos - Decidiendo que método usar - Referencias
<p><i>Tomado de la Guía de Educación para la Visita Familiar, Edición Noviembre 2000, elaborado por PCI con el apoyo del Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown.</i></p>	

3) Oferta del Método de Días Fijos

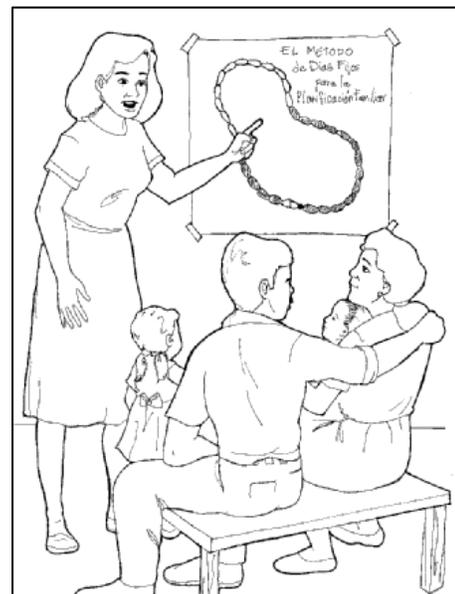
Utilizando el listado de referencia de voluntarios, los instructores comunitarios, visitaron las viviendas para ofrecer información más amplia sobre todos los métodos, si la pareja mostraba interés en alguno diferente a MDF les ofrecían una referencia al promotor o a la unidad de salud. En caso de tener interés por MDF procedían a la evaluación de la pareja para saber si eran aptos para utilizarlo.

Los instructores utilizaron como materiales de apoyo la ayuda memoria para explicar MDF, la lista de cotejo ilustrada para aplicar los criterios de selección de MDF y el Collar del Ciclo para explicar el uso. Si el compañero no estaba presente los instructores acordaban otra cita para hablar con la pareja y dejaban material informativo. La intención era que la decisión se tomara en pareja apoyándose en las orientaciones y materiales.

Inicialmente el modelo propuso que los instructores capacitados ofrecieran el MDF, pero algunos de ellos no habían tenido experiencia previa en ofrecer planificación familiar y no sintieron completa capacidad para ofrecerlo solos y consideraron mejor ofrecerlo en otra sesión con la presencia del facilitador técnico de PCI.

Ilustración -4 y 5

Lámina de la Guía de Educación para la Visita Familiar. Utilizada por los instructores y voluntarios para explicar sobre la oferta general de métodos.



Tomado del Manual de Normas de PF - MSPAS

Los facilitadores de PCI, durante la ejecución del proyecto, visitaban semanalmente cada comunidad, y con las referencias de los instructores, hacían las visitas domiciliarias para evaluar nuevamente a la usuaria y la pareja, para saber si eran aptos en usar el MDF y revisaban la aplicación de criterios de selección. La consejería y las explicaciones sobre el uso del método, se hacía de forma conjunta entre el instructor y el facilitador.

Ilustración · 6

Guía de criterios de selección, utilizada por los voluntarios para evaluación de la pareja. Material elaborado por el Instituto de Salud Reproductiva y validado por PCI El Salvador en colaboración con el Ministerio de Salud Pública.

¿Es adecuado el método del collar para esta pareja?

PARA LA MUJER  Si la respuesta a alguna pregunta es NO, el Método del Collar no le conviene en este momento. **SI NO**

Para todas las mujeres 	¿Su ciclo menstrual es de 26 a 32 días?		
Para la mujer que recién tuvo un bebé o está dando de mamar 	¿Ha visto su regla por lo menos 4 veces seguidas desde que nació su bebé?		
Para la mujer que dejó las pastillas recientemente 	¿Antes de usar la píldora su regla le venía regularmente?		
Para la mujer que dejó la inyección 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Le ha venido dos veces su regla desde que dejó la inyección? ■ ¿Ha pasado más o menos un mes entre una regla y la otra? ■ ¿Estas reglas fueron parecidas a sus reglas antes de usar la inyección? 		

PARA LA PAREJA  Si la respuesta a alguna pregunta es NO, el Método del Collar no les conviene en este momento. **SI NO**

	¿El hombre y la mujer desean espaciar su próximo embarazo?		
	¿El hombre y la mujer están de acuerdo en usar el collar?		
	¿El hombre y la mujer pueden evitar relaciones o usar un condón los días de perlas blancas?		
	¿Están libres de riesgo de una enfermedad venérea?		

Como parte del estudio prospectivo, en esta misma visita los facilitadores aplicaron la entrevista de admisión a las parejas que se decidieron usar el MDF y que cumplieron los requisitos de admisión. En algunos casos en que las parejas resultaron no aptas para el MDF les ofrecieron una referencia para el promotor y los establecimientos de salud en la comunidad. Los facilitadores acordaban con la pareja y la usuaria una visita de seguimiento para el siguiente ciclo y lo reportaban al promotor de salud de la comunidad como usuaria del método.

4) Entrevistas de seguimiento a usuarias del MDF participantes en el estudio prospectivo

Las entrevistas fueron aplicadas en el domicilio, por los facilitadores técnicos de PCI en colaboración con los instructores comunitarios; planificaban visitas conjuntas y los facilitadores hacían la recolección de información utilizando el formulario diseñado para el estudio. El objetivo de las visitas fue apoyar el uso del método, aclarar dudas y en algunos casos referencia a otro método si no era el adecuado o la pareja quería un cambio, fueron programadas como parte del diseño del estudio prospectivo de usuarias. Todas las entrevistas fueron documentadas utilizando los formularios diseñados dentro del estudio según los estableció el protocolo.

B. MODELO IMPLEMENTADO POR CIRES

CIRES propuso probar la factibilidad de incorporar servicios de MDF en su programa de planificación familiar a nivel comunitario. Estos servicios fueron ofrecidos por promotores de salud comunitaria, supervisados por un médico comunitario. Los promotores de salud contaban con experiencia previa en ofrecer y referir servicios de planificación familiar y otros de salud primaria, ya habían sido capacitados en todos los métodos y el propósito del estudio fue probar la incorporación del MDF en la oferta de sus servicios. Se dio cobertura a 24 comunidades rurales, que fueron seleccionadas con base al diagnóstico comunitario, en donde mostraban mayores necesidades de planificación familiar. Ver anexo 8, listado de las comunidades participantes

a) Visita domiciliar para evaluar necesidades de planificación familiar

Los promotores de salud de CIRES con base a su censo comunitario, realizaron la selección de viviendas con más necesidades de planificación familiar, hicieron visitas para evaluar el uso actual de planificación familiar y ofrecerles información general sobre todos los métodos, incluyendo el MDF como una opción más en la oferta. La visita fue documentada en un formulario que CIRES diseñó con fondos del proyecto y fue sistematizado en el programa SPSS y analizada para conocer la situación de la planificación familiar en la zona y las necesidades de ajustar las actividades para ofrecer MDF en la comunidad. De un total de 1,436 mujeres entrevistadas en las visitas, 27% estaba lactando y 2% embarazada pero expresaron interés en usar un método y pidieron una visita posterior, 61% estaba usando diferentes métodos, pero el 42% de ellas deseaban probar otro método porque no estaba satisfecha con el actual. Esta información permitió dar seguimiento con visitas posteriores para cubrir necesidades de usuarias y hacer las

referencias a los establecimientos del MSPAS ya que en las comunidades donde CIRES implementó sus actividades no había promotores del Ministerio de Salud.

En esa visita, si las parejas mostraban interés en algún método diferente a MDF, se referían a la unidad de salud, si mostraban interés en MDF se procedía a la evaluación y entrega. Como parte de las actividades del estudio aplicaban la encuesta de admisión y programaban una visita de seguimiento durante el primer ciclo.

- Entrevistas de seguimiento

Como parte de las actividades del estudio operativo, los promotores de salud se reunían semanalmente con el médico supervisor de CIRES para discutir sobre las actividades del proyecto y usuarias admitidas. Cada uno de ellos documentaba sus actividades y usuarias en un formulario que entregaban semanalmente al médico supervisor, y en base a ello programaban visitas conjuntas de seguimiento a las usuarias para verificar aplicación de criterios de admisión y uso correcto de MDF.

En el transcurso de la primera semana del ciclo de uso de MDF, el médico supervisor acompañado de los promotores, visitaron a las usuarias. En esta visita el médico supervisor, el promotor y la usuaria acordaban otra visita de seguimiento al finalizar el primer ciclo.

X. IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES

A continuación se describen las actividades desarrolladas para la implementación de las estrategias. Se describen de forma histórica según se implementaron en el período de estudio.

A. COORDINACIONES

1) Interinstitucional

Desde el diseño del estudio, PCI estableció coordinación con el Ministerio de Salud. En octubre de 1998, el personal de PCI y del ISR llevaron a cabo reuniones de coordinación con la Dirección de Atención a la Persona para discutir la propuesta de PCI, también solicitaron apoyo para poder llevarla a cabo en colaboración mutua. Como producto de estas reuniones se obtuvo aprobación y carta de apoyo para que PCI siguiera adelante con su iniciativa, ya que en ese momento el Ministerio de Salud lo consideró prioritario para ampliar la cobertura de servicios de planificación familiar en la comunidad. También

sugirió la realización de un estudio piloto que permitiera conocer más a fondo las condiciones de la oferta y la demanda de la planificación familiar en la zona y el nivel de aceptación y factibilidad del Método de Días Fijos. Aunque ya se contaba con los datos recientes de la FESAL 98, el ISR apoyó esta iniciativa considerando aumentar la información sobre métodos naturales que serviría para dar seguimiento al estudio operativo de PCI; además, aportar información que el Ministerio de Salud consideraba de interés.

En el nivel local, PCI estableció coordinación con las Departamentales de Salud, les dio a conocer la propuesta del estudio operativo y solicitó autorización y apoyo para realizar el estudio cualitativo previo a la implementación de las estrategias como lo había sugerido el personal de nivel central del Ministerio de Salud. CIRES al igual que PCI, inició el mismo proceso de coordinación con el Ministerio de Salud, para dar a conocer su propuesta del estudio y establecer vínculos de trabajo conjunto. El Ministerio de Salud vio con mucho interés estas acciones y desde el inicio ofreció su colaboración y apoyo.

2) Coordinación con la comunidad

PCI como parte de la organización comunitaria, apoya la creación de las Juntas Administradoras de Agua, las cuales están constituidas por representantes de los diversos sectores de la comunidad, entre ellas las Asociaciones de Desarrollo Comunitario (ADESCO), los Consejos Directivos Escolares (CDE), los Comités de Salud y otros grupos importantes en la comunidad; por lo tanto son un ente importante para toma de decisiones. Inicialmente como parte de la coordinación para la implementación de la nueva estrategia, PCI presentó el proyecto a las Juntas Administradoras de Agua y posteriormente a todos los representantes de la comunidad.

Aunque el proyecto había sido presentado a funcionarios del Ministerio de Salud a nivel central y local, se le presentó al promotor del Ministerio de Salud en la comunidad para su conocimiento y apoyo.

B. ESTUDIO CUALITATIVO PREVIO A LA IMPLEMENTACIÓN DE MDF

En noviembre del 2000, con el apoyo del personal de la Departamental de Salud de La Libertad, se llevó a cabo el estudio cualitativo para conocer aceptación y factibilidad para el uso de MDF. Este estudio dio cobertura a siete municipios y se desarrolló en diez comunidades locales, en las cuales PCI se proyectaba a implementar sus proyectos de agua y saneamiento con el nuevo componente de planificación familiar, utilizando la estrategia planificando juntos.

Este estudio aportó información importante para poder reorientar los servicios de planificación familiar natural hacia la demanda insatisfecha. Para PCI, particularmente, la información fue de vital importancia, porque les permitió conocer: actitudes y prácticas de los proveedores para ofrecer métodos naturales, la aceptación y comprensión del Collar que utiliza el Método de Días Fijos y las necesidades de usuarios respecto a información sobre el manejo de los días fértiles¹⁷. Con esta información, PCI comenzó a trabajar en la creación de la Guía de Educación para la visita domiciliar, la cual sería utilizada por los facilitadores y los agentes de la comunidad para la integración de planificación familiar.

C. CONTRATACIÓN DE PERSONAL PARA EL ESTUDIO OPERATIVO

PCI contaba con un equipo de facilitadores comunitarios que atendían los proyectos de agua y saneamiento, nutrición y atención en situaciones de emergencia. Para dar cobertura a las actividades del estudio, contrataron más personal que lo integraron al equipo y con fondos del proyecto se les pagó cuatro horas diarias de su tiempo a seis facilitadores, también contrató una supervisora a tiempo completo, para dar seguimiento al estudio. Con los mismos fondos del proyecto se les dio capacitación y seguimiento en las actividades de oferta del MDF.

Cuando CIRES se incorporó al estudio y comenzó el trabajo comunitario, contrató los servicios de un médico comunitario y seis promotoras de salud, quienes con fondos del proyecto, recibieron un estipendio por su trabajo. Estos promotores de salud son residentes de la zona, y ya tenían experiencia previa de trabajo en los programas de salud de la institución. También con fondos del proyecto, se pagó medio tiempo del personal administrativo para llevar el sistema de información gerencial de las actividades del proyecto.

D. DISEÑO DE MATERIALES Y METODOLOGÍA EDUCATIVA

PCI, antes de la implementación de este estudio, ya contaba con tres módulos educativos, los cuales utilizaba para el desarrollo de actividades educativas en sus proyectos de agua y saneamiento. Estos materiales y la metodología de implementación había sido validada en el trabajo conjunto de una red de instituciones y apoyados por UNICEF. Para la integración de la planificación familiar, PCI elaboró el Cuarto Módulo siguiendo el mismo formato y metodología educativa de los tres anteriores, al que se le denominó **“Planificando Juntos”**. Este módulo contiene afiches con escenas de la comunidad que se

¹⁷ Universidad de Georgetown, Instituto de Salud Reproductiva, Monroy Margarita, Estudio Cualitativo previa a la implementación de MDF en El Salvador, febrero 2001, El Salvador.

usan como ayuda reflexiva en la charla comunitaria, la guía de educación para la visita familiar y su manual de uso.

Todos los materiales del módulo IV, elaborados por PCI, fueron validados en el campo con usuarios, líderes comunitarios y otros agentes institucionales de educación, salud y medio ambiente. Para estas actividades, con los fondos del proyecto, se contrató los servicios de consultoría para la validación de campo y en ella participaron los facilitadores de PCI, quienes también por su experiencia de trabajo en la educación popular, contribuyeron con sus aportaciones.

E. ADAPTACIONES DE MATERIALES DE MDF AL CONTEXTO NACIONAL

El Instituto como parte de su trabajo para la capacitación y servicios de MDF había desarrollado materiales para clientes y proveedores, los había validado en diferentes sitios de sus proyectos, pero para asegurar la validez de estos materiales a nivel local en El Salvador, contrató los servicios de una consultora, quien con el apoyo del equipo de PCI realizó una validación de los materiales para proveedores y clientes. Para esta validación, se realizaron grupos focales, entrevistas individuales y demostraciones en la comunidad, en las que participaron usuarios potenciales y agentes comunitarios con experiencia en el uso de materiales educativos a nivel de la comunidad, entre ellos los promotores del Ministerio de Salud y las parteras.

F. SENSIBILIZACIÓN DEL PERSONAL

- Administradores y gerentes de programas de PCI

Por muchos años, PCI El Salvador había trabajado con mayor énfasis en los proyectos de infraestructura sanitaria, para lo cual la mayoría del personal contratado eran hombres técnicos y profesionales en ingeniería y medio ambiente. Aunque en estos proyectos se desarrollan acciones de promoción y prevención en salud, nunca se había trabajado en servicios y capacitación en planificación familiar, por lo cual el equipo coordinador del proyecto dudaba poder involucrar activamente a todo su personal, especialmente al personal de nivel gerencial y más aun, al personal masculino.

El equipo coordinador del proyecto estaba conciente que para lograr esta participación, el personal debían apropiarse del proyecto, desde el marco conceptual sobre lo que implica la integración de un nuevo componente hasta el desarrollo de las actividades en campo.

Para lograr involucrarlos, el equipo responsable del proyecto desarrolló una serie de reuniones, en donde dio a conocer la nueva estrategia de “Planificando Juntos”, haciendo referencia a los aspectos de equidad de género no sólo en los usuarios sino en la organización y empoderamiento de los gerentes y proveedores de servicios. También se les explicó la importancia de ligar la planificación familiar a la sostenibilidad de los recursos naturales y comunitarios, en los que se incluían las infraestructuras que PCI estaba creando en agua potable y letrinas. Otra estrategia que el equipo coordinador utilizó fue el compartir materiales, avances del proyecto, informes de reuniones comunitarias y exposiciones de fotografías en las reuniones mensuales del staff y en la sala situacional de la institución.

- Administradores y directores de CIRES

CIRES trabajó en la sensibilización de su equipo del área administrativa y técnica. Aunque el proyecto había sido una iniciativa apoyada por la Junta Directiva de la ONG, la coordinadora del proyecto desarrolló con ellos, reuniones informativas según se avanzaba en las diferentes fases, con el propósito de mejorar los niveles de sensibilización sobre esta nueva estrategia. También realizaron visitas conjuntas entre representantes de la junta directiva y el equipo de campo, para conocer más de cerca las acciones que se realizaban y el apoyo que requería el proyecto.

Estas actividades de sensibilización permitieron una visión integral de las estrategias para incorporar el MDF en los proyectos y servicios de ambas ONG`s.

- Sensibilización al personal del Ministerio de Salud

Como parte de los compromisos adquiridos con el personal de nivel central del Ministerio de Salud, el equipo de PCI desarrolló un programa de visitas a todas las unidades de salud para ofrecerles información sobre las estrategias a implementarse y sobre la incorporación de MDF en la gama de métodos de planificación familiar natural. El médico supervisor de CIRES también realizó reuniones con personal de la unidad de salud local, en donde informó sobre MDF y el modelo de servicio a implementarse en las comunidades.

En estas reuniones participaron los directores de unidades, enfermeras, promotores de salud, personal administrativo y personal de las áreas de apoyo. A este personal se les proporcionó materiales informativos sobre MDF, muestras del Collar del Ciclo y tarjetas de ayuda memoria. Estos materiales se entregaron con la idea que conocieran los aspectos básicos sobre los criterios y uso de MDF para poder apoyar a las usuarias en alguna situación que se presentara en ausencia de los facilitadores e instructores y contar con la colaboración requerida para el estudio.

G. CAPACITACIÓN

- Capacitación del personal técnico de PCI y CIRES

Al inicio del proyecto de planificación familiar, el personal de PCI no contaba con experiencia en la provisión de servicios de planificación familiar, aunque algunos de ellos ya habían trabajado en programas de educación y promoción en salud reproductiva, expresaban que no tenían la experiencia en ser proveedores. Por esta situación PCI consideró necesario capacitarlos sobre las normas nacionales, gama de métodos de planificación familiar, modelo de servicio métodos y el MDF. Tomando en cuenta el trabajo conjunto y el apoyo que el Ministerio de Salud había ofrecido para la implementación de las estrategias, PCI solicitó a las Departamentales de Salud de las áreas donde implementaría las actividades, el apoyo para desarrollar la capacitación sobre las normas y oferta de planificación familiar y les ofreció capacitación en MDF como parte del trabajo conjunto acordado. De esta manera, la capacitación se desarrolló con el apoyo de los equipos facilitadores PRIME II de los departamentos de Usulután y la Paz, quienes ofrecieron la capacitación sobre la normativa, oferta de métodos y servicios de salud reproductiva del Ministerio de Salud.

Para la capacitación de MDF, el Instituto contrató los servicios de una consultora experta en el tema de MDF y metodologías de educación popular y con el apoyo del equipo de educación de PCI desarrolló la capacitación inicial sobre MDF a personal PCI y Ministerio de Salud. A la fecha en que se dio esta capacitación la propuesta de CIRES ya había sido aprobada por el IRH y se consideró oportuno incluir a su personal en esta capacitación

La capacitación básicamente incluyó la siguiente temática:

- Normas nacionales de planificación familiar
- Actualización sobre la oferta general de métodos
- Decisión informada
- Estrategias para la integración de MDF
- MDF

Las actividades de capacitación se hicieron por medio de talleres que tuvieron una duración de 16 horas, en los cuales se incluyeron prácticas sobre la oferta general de planificación familiar, consejería en planificación familiar, socio dramas para reforzar la decisión informada, ejercicios de comunicación en pareja y sobre las prácticas de roles de género en salud. Con esta capacitación se reforzó el conocimiento previo del personal de PCI y CIRES y les proporcionó un marco de referencia más amplio para la información de

usuarios, oferta de servicios y la implantación del sistema de referencia a los centros de salud.

- Capacitación a voluntarios de la comunidad

Los equipos técnicos de CIRES y PCI, después de recibir la capacitación inicial, desarrollaron la capacitación de instructores y promotores comunitarios. En esta actividad hubo diferencias entre ambas instituciones. Las actividades de capacitación fueron apoyadas por personal del Instituto. La capacitación para la oferta de servicio del MDF se adaptó al paquete de servicios del Ministerio de Salud y al modelo a implementar cada ONG.

PCI capacitó a los voluntarios comunitarios para la visita domiciliar para introducir los contenidos educativos sobre planificación familiar, incluyendo MDF. Estas capacitaciones se realizaron en la comunidad, de ese grupo de voluntarios capacitados, PCI seleccionó a 25 voluntarios para capacitarlos como instructores del MDF. Esta actividad no fue cubierta por CIRES debido a que ellos trabajarían directamente con los promotores de salud quienes serían los proveedores del MDF.

- Capacitación a instructores de MDF en las comunidades de intervención de PCI

Los instructores comunitarios fueron seleccionados del grupo de voluntarios, tomando en cuenta habilidades y disponibilidad. La capacitación de instructores se desarrolló por medio de talleres, en donde se concentraron los instructores de todas las comunidades, tuvieron una duración de dos días (16 horas) y se realizaron en dos grupos. El primer grupo provenía de las comunidades donde PCI contemplaba implementar el modelo de consejería tradicional enfocado solo a las mujeres y el segundo grupo a los provenientes de las comunidades en donde se implementaría el modelo de consejería a la pareja, es decir donde se probaría el aumento de la participación del hombre a través de la consejería en pareja.

La capacitación incluyó aspectos generales sobre el papel que desempeñarían como proveedores de servicios, aspectos básicos sobre la salud reproductiva, la vinculación de la planificación familiar a los proyectos de agua y saneamiento, oferta general de métodos de planificación familiar, incluyendo el MDF y referencia y retorno. Se utilizaron los materiales del Módulo IV, que incluye la lámina de todos los métodos tomada del manual de planificación familiar del Ministerio de Salud, las normas nacionales vigentes de PF y el MDF.

- Capacitación de promotores de salud – CIRES

La capacitación para los promotores de salud de CIRES fue impartida en un taller que duró 16 horas, en este taller se concentraron los promotores de las diferentes comunidades que participarían en el estudio y se invitó a médicos y enfermeras de las unidades de salud de la zona. Se abordó la siguiente temática: actualización de las normas de PF, refrescamiento sobre la oferta general de métodos, capacitación específica sobre MDF y la implementación del sistema de referencia y retorno. Esta capacitación fue impartida por el personal técnico de CIRES y apoyada por el personal del ISR.

Los materiales utilizados fueron: la cartelera general de métodos que utilizan las unidades del Ministerio de Salud, las normas nacionales de planificación familiar y los materiales desarrollados por el ISR para la consejería y provisión de MDF.

- Seguimiento de la capacitación inicial

Como parte del programa de capacitación, se programaron reuniones de seguimiento en la competencia de los proveedores de las ONG's. De acuerdo a su modelo CIRES realizó durante todo el periodo de estudio reuniones semanales de sus promotores de salud y el médico supervisor, en las cuales además de discutir las actividades del estudio, se aprovechaba para retroalimentar o aclarar dudas de los proveedores.

PCI aprovechó las visitas de seguimiento que hacían los facilitadores junto a los instructores comunitarios para retroalimentar y aclarar dudas. Se programaron reuniones de seguimiento cada tres meses pero no fue posible realizarlas sistemáticamente, ya que el equipo de PCI se estaba retirando de algunas comunidades donde había finalizado el proyecto de agua y saneamiento y sus visitas eran menos frecuentes.

Como parte del seguimiento de la capacitación, a los tres y seis meses de iniciada la provisión de servicios de MDF, ambas instituciones aplicaron a todos sus proveedores, la "guía de refrescamiento". Esta guía es una lista de cotejo que se utiliza para simular una sesión de consejería con el propósito explorar y reforzar la capacidad de proveedores. La guía de refrescamiento está estructurada en seis secciones, y cada una contiene los aspectos que debe reunir una consejería completa del MDF. La información obtenida con la aplicación de esta guía fue procesada en el programa Excel, con la cual se creó una base de datos que sirvió para hacer evaluar cambios que se dieron en la competencia de cada proveedor según el período aplicado, comparaciones entre proveedores masculinos y femeninos, proveedores técnicos y voluntarios y entre ambas instituciones.

Los datos obtenidos de la aplicación de la guía demostraron que los proveedores adquirieron aceptables niveles de competencia para ofrecer MDF, desde su capacitación inicial, pero como era de esperarse, conforme avanzó el proyecto, ellos mejoraron su competencia en todos los aspectos evaluados con la guía, pero principalmente en la

aplicación de requisitos para la selección de usuarias y parejas para ser admitidas al MDF y en el uso del Collar del Ciclo. La comparación de competencia entre proveedores según sexo no mostró diferencias. La competencia entre instituciones si tuvo diferencias muy marcadas, encontrándose que el promedio del puntaje de los promotores de CIRES desde su capacitación inicial alcanzó niveles más altos en todos los aspectos evaluados, en cambio en los instructores voluntarios de PCI fue muy variable en el grupo, algunos de ellos alcanzaron un puntaje igual al de los promotores de CIRES, pero algunos estuvieron por debajo del 40%. En la aplicación de los seis meses se encontró que los niveles promedio de competencia de los proveedores estaban por sobre el 85%, pero los de CIRES mantuvieron niveles más altos.

En la tabla No. 3 se muestran los contenidos de la guía y los cambios entre la primera y segunda aplicación de la guía en cada una de los contenidos.

Tabla No. 3
Resultados de la aplicación de la guía de refrescamiento a los proveedores de MDF en los proyectos de CIRES y PCI durante el período 2001 – 2002 (n=27)

Secciones de la guía	Preguntas por sección	Aplicación a 3 meses		Aplicación a 6 meses	
		PCI	CIRES	PCI	CIRES
Requisitos para usar el método	20	34%	60%	68%	80%
Uso del collar del Ciclo	6	48%	100%	88%	100%
Instrucciones	7	87%	100%	95%	100%
Consejos	3	79%	100%	93%	100%
Seguimiento en el método	6	81%	83%	93%	100%
Apoyo a la pareja	6	77%	83%	88%	100%

Según la información del SIG, durante el período de intervención con el proyecto se dio capacitación a 118 personas en PCI y 34 en CIRES, este total incluía proveedores (35%) y personal clave dentro de las instituciones (65%). El mayor número de personas a las que se les dio algún tipo de capacitación sin ser proveedores fue al personal del Ministerio de Salud de la zona en donde se desarrollaron las intervenciones, el cual corresponde al 53% (81 de 152).

En la Tabla No. 4 se muestran los datos sobre el número de proveedores y gerentes de MDF capacitados durante el periodo de Junio 2000 – Agosto 2002 para PCI y para CIRES de Junio 2001 – Agosto 2002.

Tabla No. 4
Recursos capacitados a nivel institucional y comunitario
(Datos del SIG – PCI y CIRES)

Recursos capacitados	Capacitados	
	PCI	CIRES
Facilitadores técnicos	9	--
Gerentes /directores (no proveedores)	12	3
Supervisores médicos		2
Personal administrativo (no proveedores)	5	3
Instructores comunitarios	25	
Promotores de salud		10
Personal del MSPAS(no proveedores)	65	16
Total	118	34

H. IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA DE USUARIAS

Una de las actividades prioritarias del proyecto fue implementar la referencia de usuarias para los servicios de planificación familiar a los establecimientos del Ministerio de Salud, Profamilia e Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). PCI elaboró una boleta de referencia que funcionaría de los instructores y voluntarios de la comunidad hacia el promotor y la unidad de salud; sin embargo no fue posible la implantación de este sistema desde el inicio del proyecto, debido a que las boletas no fueron entregadas por parte de PCI desde el inicio. Por otra parte, conforme avanzaron las actividades del estudio, los promotores del Ministerio de Salud acompañaron al personal de PCI a las visitas comunitarias, en donde se informaron sobre usuarias que optaban al MDF y usuarias con necesidades de otros métodos, a las que ellos les dieron cobertura y no fue necesario aplicar la referencia.

Al finalizar el estudio, PCI entregó los talonarios de referencia a todos los instructores y voluntarios; y a las direcciones de las unidades de salud les entregó un listado de usuarios y de instructores comunitarios capacitados para la entrega de MDF en cada comunidad. En la Tabla No. 5, se muestra un consolidado de las actividades comunitarias realizadas durante el periodo de estudio.

Tabla No. 5
Actividades comunitarias (datos del SIG de PCI y CIRES)

Actividades comunitarias	PCI	CIRES
Visitas domiciliars	2195	1436
Visitas informativas de planificación familiar de todos los métodos	1357	1176
Visitas informativas sobre MDF	255	519
Admisiones a MDF	103	43
Usuaris en espera de MDF *	124	ND
Usando el método fuera del estudio	33	6

*usuaris que no reúnen criterios de admisión al MDF o están utilizando otro.

XI. RESULTADOS

Los resultados de las intervenciones realizadas por PCI se midieron a través de la encuesta inicial y final, datos del estudio prospectivo de usuarias, datos del servicio y datos cualitativos de campo obtenidos a través de las entrevistas y grupos focales que se realizaron al final del estudio. Los resultados de las intervenciones de CIRES fueron obtenidos a través de la visita inicial datos del estudio prospectivo de usuarias, datos del servicio y datos cualitativos de campo obtenidos a través de las entrevistas y grupos focales que se realizaron al final del estudio. A continuación se presentan los resultados de ambas instituciones según las estrategias implementadas.

A. INTEGRACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS PROYECTOS DE AGUA Y SANEAMIENTO DE PCI

Para integrar la planificación familiar en los proyectos de agua y saneamiento, PCI implementó la estrategia educativa **“Planificando Juntos”**, la que desarrolló por medio de charlas educativas y visitas domiciliars. Los agentes voluntarios de la comunidad tuvieron una importante participación, ya que fueron los encargados de difundir la planificación familiar en toda la comunidad, implementaron las estrategias que permitieron romper el paradigma de hablar de planificación familiar en la comunidad.

- **Participación de la comunidad en las actividades educativas**

Inicialmente se mostraron algunas resistencias para hablar de planificación familiar, ya que en la comunidad se manejan ideas estereotipadas sobre las mujeres que planifican.

“Las mujeres no quieren que se sepa que ellas planifican, porque se vuelven infieles y desobedientes con los hombres, los hombres por su parte no quieren que los demás sepan que su mujer planifica, porque creen que ellos no tienen el suficiente control sobre ellas”.

Fuente: entrevista con líder comunitario, directivo de junta de agua de PCI

Este era uno de los retos que el programa educativo de PCI El Salvador debía superar. Los facilitadores técnicos consideraban que incluyendo planificación familiar en el componente educativo de sus proyectos, la participación de la comunidad iba a ser menor, tanto en las charlas como en las visitas domiciliarias, porque algunos se rehusarían a conversar sobre la planificación familiar y esto los iba a alejar de las reuniones. PCI demostró que fue posible la introducción de la planificación familiar a través de los proyectos de agua y saneamiento, los datos de la encuesta final reflejaron que el 38% de los jefes de familia entrevistados expresaron haber participado en las charlas informativas y el 27% mencionó que su pareja también participó.

La metodología participativa y los materiales apropiados que se utilizaron para las actividades informativas, contribuyeron para que las personas se sintieran identificadas con los temas, ya que no abordaba la planificación familiar como un tema aislado a los recursos de la comunidad. Se partió de la generalidad para reflexionar sobre el entorno cotidiano y la vida familiar y luego profundizar en la importancia de la planificación familiar.

Este fue un aspecto muy importante para que parte de la población se apropiaran de la información brindada en el programa, lo cual se midió por medio de la encuesta final un año después de iniciado el proyecto. Cuando se les preguntó sobre los temas de la charla informativa, el 40% de los entrevistados recordaba que en la charla se habló de planificación familiar, el 27% de la planificación de los recursos de la comunidad y de la familia, el 12% recordó que se le informó sobre el MDF, el 10% sobre la importancia de la toma de decisiones en pareja y el 9% recordó sobre los temas de agua y saneamiento. Ver Tabla No. 6.

La visita domiciliar también demostró ser una estrategia efectiva para ofrecer información sobre planificación familiar, según los datos de la encuesta final el 29% recibió una visita domiciliar, de ellos 25% hombres y 33% mujeres, el 40% la recibió en pareja.

Tabla No. 6
Temas que más recuerdan de la charla
informativa y visita domiciliar ofrecida por PCI (n = 364)

Temas	Visita	Charla
Planificación familiar	37%	40%
Planificando y protegiendo recursos	24%	27%
Método del Collar	18%	12%
Importancia de la toma de decisiones en pareja	4%	10%
Agua y saneamiento	5%	9%

- Beneficios de la planificación familiar en los proyectos de agua y saneamiento desde la percepción de usuarios

Otros datos relevantes que muestran la aceptación de la estrategia son los que revela la encuesta final en cuanto a los beneficios y utilidad de incorporar la planificación familiar en todos los proyectos, el 73% se dio cuenta que PCI incluyó planificación familiar en los proyectos de agua y saneamiento, el 92% encuentra beneficioso y otro 92% considera que es necesario hacerlo en todos los proyectos. Estos datos son importantes para los programas comunitarios, sobre todo por que la planificación familiar había sido un tema sin audiencias en las comunidades.

Los datos cualitativos de las entrevistas finales con líderes, reflejan información favorable sobre la estrategia implementada. Según la opinión de un supervisor de promotores de salud del SIBASI Zona Sur de San Salvador, la estrategia de incorporar servicios educativos de planificación familiar fue un hecho importante, ya que los proyectos de agua son vitales y a ellos acude toda la población incluyendo hombres y mujeres.

“La idea de PCI fue muy buena, porque se aprovechó un proyecto tan importante, como es el agua para hablar de un tema que muchos de los hombres evitamos, que es la planificación familiar, pero lo más importante es que se habló de planificación de los recursos que son los que utiliza la familia para su bienestar”.

Entrevista con supervisor de Promotores, Rosario de Mora, San Salvador, septiembre 2002

Sobre este tipo de comentarios, que frecuentemente se escucharon en las entrevistas con los agentes de la comunidad, es importante reconocer que la estrategia se planificó en base a necesidades reales de la comunidad y se abordó por medio de temas que habían demostrado ser de interés para toda la población, pero principalmente para los hombres

que buscan oportunidades de participación sobre las obras físicas de la comunidad y desatienden necesidades de servicios de salud y educación, delegándolos a la comunidad¹⁸. Tal como PCI lo suponía con su hipótesis inicial, pero especialmente hacer que los hombres reconozcan que es importante hablar de planificación familiar e incluirla en los proyectos de desarrollo, esto incluía a los gerentes de las ONG's y otro personal masculino de las instituciones de la zona.

- **Sostenibilidad de la estrategia implementada**

“Ahora somos una generación y dentro de diez años estos chiquitines van a ser otra, por eso es necesario que estos proyectos se mantengan, porque ellos se van multiplicando y los recursos se van terminando, por lo menos una charlita de orientación a la familia y dejar que los niños de reajo la oigan tempranamente” .

Entrevista con Directivo Comunal, Planes de Renderos San Salvador, septiembre 2002

Las juntas administradoras de los proyectos de agua y saneamiento adoptaron los temas de planificación familiar dentro de sus reuniones de trabajo y en los planes de sostenibilidad del proyecto, aún cuando PCI se retiró de la comunidad. En las entrevistas con los agentes comunitarios se les escuchó frecuentemente que se acepta más la planificación familiar cuando se habla de comunicación en pareja, ya que los hombres no se han sentido tomados en cuenta por los programas, lo cual expresaban basándose en su propia experiencia y aunque se les reproche del desinterés y poca participación no habían encontrado la forma de involucrarse “sin perder su hombría”.

- **Vincular planificación de los recursos naturales a la planificación familiar**

Otro resultado importante es que PCI vinculó la planificación familiar a temas de interés de la comunidad, con los que los beneficiarios encontraron una relación directa entre el crecimiento poblacional acelerado en su familia y los limitados recursos de la comunidad, especialmente las fuentes de agua y vivienda, tema del que se ha conversado en los proyectos pero no se había vinculado a la planificación de la familia como un medio de la sostenibilidad de los recursos.

Esta relación de recursos comunitarios, recursos naturales y recursos familiares, motivó a las juntas de agua a discutirlo y darle sostenibilidad al componente. En las reuniones de cierre del estudio, se encontró que en los planes de la comunidad, las Juntas de Agua ya habían incluido temas informativos de planificación familiar como parte de las acciones futuras y su justificación era que si las familias crecían aceleradamente la duración de las

¹⁸ OPS, Informe de Sistematización de las estrategias de intervención en mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar, San Salvador 1999.

letrinas y la fuente de agua se terminaría antes de lo previsto en el proyecto, por lo que ellos consideran importante continuar motivando a la comunidad para que planifiquen los recursos ambientales y familiares. Los facilitadores de PCI por mucho tiempo habían sido especialistas únicamente en agua y saneamiento y veían los temas de salud como parte de las actividades de otro personal aunque siempre mantenían algún nivel de coordinación. Cuando iniciaron el trabajo con planificación familiar sentían temor de no ser aceptados por la comunidad, pero rápidamente describieron que hablar de los recursos de la comunidad y la familia es una parte fundamental en todos los proyectos de desarrollo, eso les permitió tener más aceptación.

Al principio cuando nos encomendaron este trabajo, no dejamos de sentirnos preocupados, pues después de ser especializados en agua y letrinas la gente de la comunidad se iba a preguntar y estos porque nos hablan de planificación, pero cuando se dieron cuenta en la charla de la relación de todos los recursos y como se abordaban todo funcionó bien y las personas nos han tenido mucha confianza

Grupo focal con facilitadores técnicos de PCI, septiembre 2002

- Difusión en la comunidad

Los proyectos de agua y letrinas que PCI había desarrollado, se difundían rápidamente por medio de la red de voluntarios, pero no así con los programas de planificación familiar que se desarrollan en la zona, debido a que era un tema que no se compartía habitualmente. Conforme avanzó el proyecto, la red de voluntarios comenzó la difusión y la información alcanzó “altos niveles”, lo cual se midió en las entrevistas finales los promotores de salud quienes expresaron que había cambios en la manera como se difundía la planificación familiar por medio de voluntarios, ya no era un tema tabú, sino por el contrario se discutía en las reuniones comunitarias. Esto contribuyó a que el promotor de salud pudiera abordar el tema de la planificación familiar con más facilidad, porque las familias habían recibido información sobre “Planificando Juntos”, lo cual tomaba un matiz diferente al hecho de que se le hablara directamente de un método o de un procedimiento de planificación familiar.

“La apertura para hablar de planificación familiar en los proyectos de agua ha permitido que el Promotor de Salud del MSPAS hable de otros métodos a nuevas parejas, aún la religión ha sido menos barrera”

Entrevista con promotora de salud, Cantón El Semillero, septiembre 2002

Los datos de la encuesta mostraron cambios respecto a como se difunde la información sobre planificación familiar en la comunidad, en la encuesta inicial solamente el 1% expresó que había informado algo sobre planificación familiar a otra persona en los últimos tres meses y al final el 20% dijo haber informado a otra persona en los tres meses previos a la aplicación de la encuesta final. Aunque el proyecto tuvo demostraciones del aumento en la difusión de planificación familiar, aún existe una parte de la población que no accede a la información por cuestiones culturales y tradiciones de familias, en las entrevista finales con líderes y promotores de salud, expresaron que la iglesias no permiten este tipo de información a sus fieles y esa es una barrera que requiere de intervenciones más permanentes y estructurales.

Aunque la misión de PCI no era convertirse en una fuente única de información sobre planificación familiar, sino más bien por el contrario apoyar a los establecimientos y al promotor de salud para que la información fuera más accesible, logró convertirse en una fuente importante de información. Por otra parte, la capacitación de su personal le permitió apropiarse de la estrategia y capacitar a otros grupos comunitarios para la difusión de planificación familiar incluyendo MDF dentro del contexto de los proyectos de agua y saneamiento.

Tal como se esperaba, al analizar los datos de la encuesta final, se encontró que la información general sobre planificación familiar como parte de las actividades institucionales, aumentó significativamente en la comunidad, en la familia, entre amigos y por medio de personal de PCI. Ver Tabla No. 7.

Tabla No. 7
Fuentes de información de planificación familiar a nivel comunitario
n= 364

Fuente	Inicial	Final
Unidad de Salud	49%	53%
Personal PCI	0%	22%
Profamilia	18%	2%
Familiares	19%	24%
Promotor de salud	23%	9%

- Demanda futura de servicios de planificación familiar

Inicialmente la búsqueda de servicios de planificación familiar era solamente en los establecimientos de salud, en las entrevistas no se mencionaron otros agentes de la comunidad, sino por el contrario era una actividad exclusiva del personal de salud, pero la encuesta final demostró que para la búsqueda futura de servicios informativos de

planificación familiar se aumentó y que existen nuevas fuentes que antes de las intervenciones no eran consultadas a pesar de ser parte importante de la red social, por ejemplo los amigos, la familia y otros agentes de la comunidad que no son de salud.

“Esta forma de enseñar la planificación familiar da un acercamiento con el usuario, no es una consejería que se da por que viene la usuaria, sino que fue bien planificado visitar en el lugar de los hechos”

Médico director de Unida de Salud Chalatenango, agosto 2002

En los datos finales de la encuesta final se encontró que el 8% de los entrevistados dijo que buscaría a voluntarios u otro personal de PCI, también buscaría más a la familia y amigos. Bajó 5% de los que buscarían la unidad de salud, probablemente esperan obtener la información en la comunidad, antes de decidirse por un servicio u obtener la referencia que ya se había implementado al final del estudio y los instructores la hacían efectiva por medio del talonario de referencia. (Ver Tabla No. 8)

Tabla No. 8
Sitios donde buscarían información sobre planificación familiar
n=364

Fuente	Inicial	Final
	% total	% total
Unidad de Salud	59%	54%
Doctor/a	13%	16%
Amigos/familia	7%	16%
Profamilia	7%	10%
PCI	0%	8%

B. AUMENTAR LA PARTICIPACION MASCULINA EN LA PLANIFICACION FAMILIAR EN LOS PROYECTOS DE PCI

“yo como médico considero que este tipo de proyectos toma en cuenta nuestra cultura, se va rompiendo la barrera del machismo y el papel de voluntarios es fundamental para acercarse a la pareja”

Director de Unidad de Salud, Chalatenango, agosto 2002

PCI integró la planificación familiar en los programas de desarrollo comunal de agua y saneamiento, con el propósito de vincular, incrementar y capitalizar la experiencia del programa y la credibilidad de trabajar con hombres. Aprovechando la cantidad de personal técnico, líderes y voluntarios masculinos involucrados en los programas de agua y saneamiento de PCI, implementaron actividades educativas y abrieron espacios de participación a los hombres involucrándolos directamente en las actividades de los proyectos.

Como los antecedentes del estudio reflejaban la escasa participación de hombres y “actitudes negativas” hacia los temas de planificación familiar, PCI determinó que debía comenzar por su personal masculino, que también son influenciados por la cultura. Sensibilizó a sus gerentes y luego capacitó a los facilitadores técnicos y personal de apoyo.

En la comunidad la estrategia se inició con las charlas comunitarias, las cuales se desarrollaban bajo el enfoque “**Tomando decisiones por el bienestar de la familia**” estas charlas como se han mencionado anteriormente, forman parte de la estrategia educativa “Planificando Juntos” y la meta principal de esta charla era estimular el diálogo y el interés en la planificación familiar, aprovechando que la mayoría de los hombres asistían a las reuniones de los proyectos de agua, por lo que se consideró importante introducir el tema de planificación familiar en esas reuniones.

El personal de PCI consideraba que solamente con el hecho de que los hombres asistieran y escucharan una charla sobre la importancia de la toma de decisiones en pareja y la planificación familiar, sería parte del éxito, pero en la práctica, las charlas generaron una discusión activa sobre la importancia de la planificación familiar y el papel del hombre. Algunos de los participantes en el momento solicitaban mayor información sobre los métodos. Aunque en la charla colectiva, los hombres se veían motivados e interesados, PCI programó visitas domiciliarias para dar seguimiento al interés y motivación expresada. Individualmente, no fue fácil llegar a los hombres, y tanto el personal de PCI como los voluntarios, tuvieron que desarrollar sus propias estrategias para encontrarlos en la

vivienda o en algún sitio donde se pudiera conversar con ellos. Algunos hombres dijeron que no era por falta de interés, que simplemente era vergüenza de hablar de esos temas. A continuación se citan algunas de las estrategias que el personal de PCI y los voluntarios implementaron para hablar con los hombres:

- Se activó la red de voluntarios (hombres y mujeres) para proveer información en sus comunidades, buscando las oportunidades de hablar con los hombres. Por ejemplo en la cancha de fútbol, en las reuniones en las tiendas y en otros lugares más frecuentados en la comunidad.
- El personal staff de PCI y los voluntarios capacitados monitoreaban a través de la ficha familiar los hogares con más necesidades de planificación familiar para poder llegar a ellos con más prioridad.
- Los facilitadores de PCI y los voluntarios de la comunidad adecuaron sus horarios para las visitas domiciliarias en las noches y fines de semana para poder encontrar al hombre en la vivienda.
- Se apoyaron en el promotor de salud del Ministerio para abordar a los hombres que participaban en las campañas y en las brigadas de saneamiento ambiental contra el dengue.
- Visitaron la vivienda, le informaron a la mujer y dejaron material educativo o mensajes para informarle al hombre.
- Algunas veces los buscaron camino a casa y en sus trabajos.

Además de las estrategias comunitarias que se implementaron para poder llegar a los hombres, PCI involucró facilitadores y líderes comunitarios masculinos para dar consejería y provisión del MDF, estableciendo una relación mayor de proveedores entre los supervisores técnicos, facilitadores y líderes de apoyo, no fue así con los instructores capacitados para ofrecer MDF, quienes en su mayoría fueron mujeres. En Tabla No. 9, se muestra una relación de hombre - mujer ofreciendo consejería de MDF durante el periodo de estudio.

Tabla No. 9
Relación hombre – mujer como proveedores de MDF

Hombres proveedores de MDF
- 1 de cada 2 supervisores
- 3 de cada 5 facilitadores
- 3 de cada 25 instructores
- 7 de cada 10 líderes de apoyo

Los promotores de salud expresaron en las entrevistas finales, que la estrategia utilizada por PCI, había contribuido a romper el tabú sobre la planificación familiar en los hombres

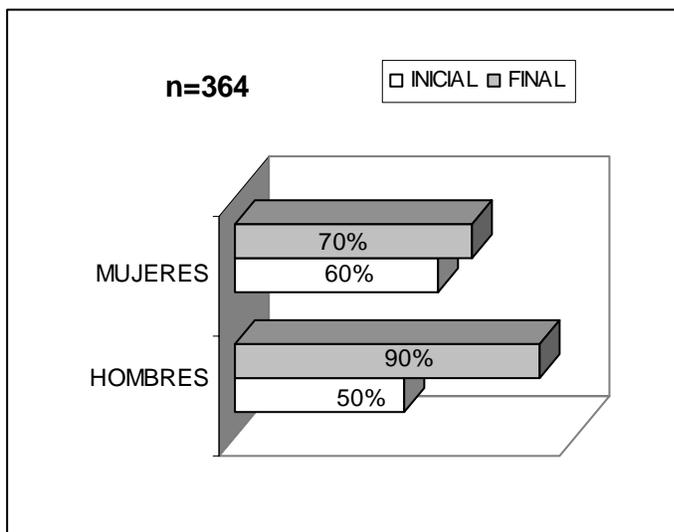
y por medio de las visitas domiciliarias se habían dado cuenta que había más disponibilidad para atender los temas de planificación familiar en las comunidades de intervención y en las comunidades vecinas, ya que el proyecto se había difundido a través de las juntas directivas comunitarias que las municipalidades estaban apoyando en ese periodo pre - electoral. El hablar de panificando juntos llegó a desmitificar la planificación familiar y llegó a formar parte de los proyectos comunitarios. Sin embargo no en todas las comunidades tuvo completa aceptación, algunas de las comunidades no le pusieron en completo interés al programa porque lo asociaron a algunas situaciones problemáticas de los proyectos de agua y la comunidad reaccionó con cierta apatía al resto de los componentes de planificación familiar.

Había problemas entre la ADESCO y junta administradora de agua, a raíz de este problema ya no se pudo continuar con las charlas comunitarias, no sabemos que interés estaba cobrando el proyecto de planificación familiar

Directivo de la comunidad Palo Grande, San Salvador, septiembre 2002

- **Cómo influyó la estrategia del involucramiento de hombres en los conocimientos y prácticas de salud reproductiva y planificación familiar.**

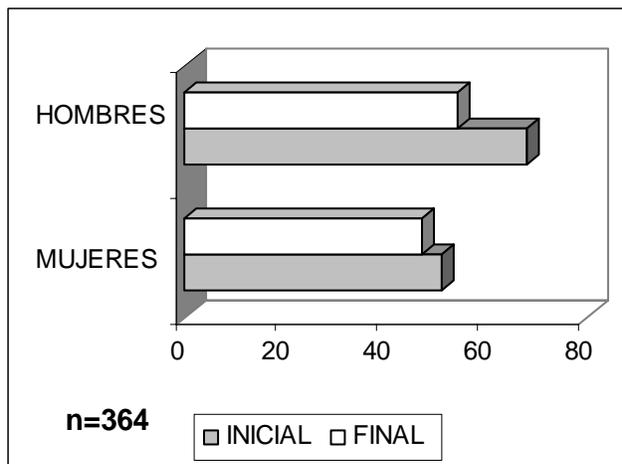
Gráfica No. 2
Conocimiento del periodo fértil de la mujer



Para medir el impacto de la participación masculina en la salud reproductiva y la planificación familiar, PCI incluyó en la encuesta final preguntas con las que se obtuvo información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas después de la implementación de las estrategias informativas y educativas que enfatizaban en aspectos de la fertilidad, comunicación en pareja y toma de

decisiones. En la Gráfica No. 2 y 3, se puede observar como se modificó el conocimiento de hombres y mujeres sobre los periodos de fertilidad.

Gráfica No. 3
Conocimiento del periodo fértil del hombre



En el formulario de la encuesta se mostraba un caso ficticio en un calendario con fechas de dos menstruaciones y se pedía a los entrevistados que señalaran los días fértiles en ese intervalo, para saber como reconocían dicho período. Antes de la implementación de las estrategias se identificó mayor conocimiento de parte de las mujeres sobre su propio periodo fértil, las respuestas de los hombres fueron de cierta manera indiferentes y algunos se rehusaban a responder. Al final de las

intervenciones educativas, el conocimiento en ambos aumentó, pero fueron los hombres quienes alcanzaron mayor conocimiento sobre el periodo fértil de la mujer, aumentando de 50% a 90% el nivel de conocimientos según lo reportó la encuesta.

En la encuesta inicial, mayor número de mujeres dijo que no conocían sobre el período fértil del hombre, pero mayor número de ellas conocía sobre su propio período fértil de ellas. En algunos de los comentarios de los encuestadores se reportó que para ellas ese período no era importante porque “ellos” no se embarazaban, lo cual indicaba que la fertilidad del hombre no había sido vista con importancia. En la encuesta final se encontró que el conocimiento del periodo fértil del hombre aumentó en ambos grupos, pero fueron los hombres quienes al final del estudio, aumentaron más los conocimientos aproximadamente 14% sobre la inicial.

Una de las metas del programa de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud, es aumentar la Maternidad Segura, para lo que ha implementado programas educativos y servicios para mejorar la salud reproductiva de la mujer. Este programa ha tenido difusión a nivel nacional y ha desarrollado trabajo en una red de instituciones públicas y privadas, llegando hasta el nivel comunitario por lo que se ha alcanzado amplia cobertura de la información de la salud reproductiva, por medios masivos. Cuando se aplicó la encuesta inicial, más de la mitad de hombres y mujeres (56%) conocían sobre épocas o momentos en que es peligroso un embarazo para la salud de la mujer. Pero al final de las intervenciones, se encontró que el conocimiento aumentó, tanto en mujeres como en hombres, pero el de los hombres aumentó considerablemente, superando al de las mujeres. En la Tabla No. 10, se muestra una comparación de los datos de antes y después para hombres y mujeres.

Tabla No. 10

Conocimiento sobre épocas de riesgo para un embarazo en la mujer

Encuesta	Hombres	Mujeres
Inicial (n=341)	57%	58%
Final (n=364)	85%	76%

- **Conocimientos sobre métodos de planificación familiar**

Con la Encuesta FESAL-98 se conocía que el 97% de las mujeres en edad fértil, conocían sobre uno o más métodos de planificación familiar, sin embargo no se contaban con datos sobre el conocimiento de los hombres, por lo que se decidió incluir esta pregunta en la encuesta domiciliar de PCI. Inicialmente hombres y mujeres dijeron haber escuchado sobre algún método en iguales porcentajes (89%), al final de las intervenciones no se observaron mayores cambios significativos, ya que el nivel de información en la población es bastante alto.

Tabla No. 11
Conocimiento sobre cualquier método de planificación familiar

Encuesta	Hombres	Mujeres
Inicial (n=341)	89%	89%
Final (n=364)	91%	86%

El conocimiento particular sobre algunos métodos de planificación familiar aumentó notablemente en la población de impacto, especialmente sobre el uso de inyectable, condón y MDF que por supuesto inicialmente no se conocía. En la Tabla No. 12, se puede ver la relación de cómo aumentó el conocimiento después de las intervenciones.

Tabla No. 12
Conocimiento sobre los cinco principales métodos de planificación familiar

Método	Inicial	Final
Pastilla	70%	78%
Inyección	50%	74%
Condón	42%	57%
DIU	16%	23%
MDF	0%	25%

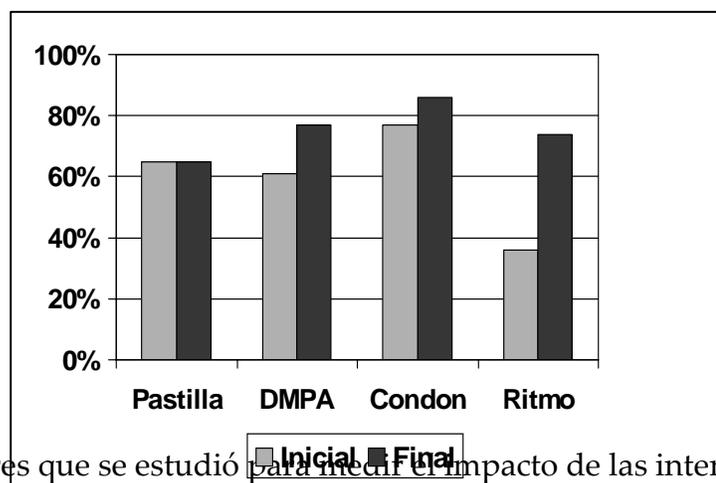
Al comparar el conocimiento de los métodos de planificación familiar según el sexo, se encontró que los hombres tuvieron más conocimientos sobre métodos de hombres, por ejemplo: el condón, que el 78% expresó tener información de él, y en las mujeres aumentó más el conocimiento sobre la pastilla. Sobre el MDF el 19% de los hombres y el 31% de las mujeres dijeron haber recibido información.

- **Conocimientos sobre el uso de métodos de planificación familiar**

Sobre el uso de métodos de planificación familiar, en la encuesta inicial más 60% dijo saber como usar los métodos hormonales y de barrera, sin embargo con la encuesta no se exploró a profundidad los conocimientos correctos del uso, solamente se tomó la opinión de usuarios cuando respondieron si o no saberlos usar. Sobre métodos naturales menos del 40% dijo conocer su uso, y las principales dificultades consistían en el cálculo del periodo fértil durante el ciclo menstrual y el registro. En la visita domiciliar, los voluntarios desarrollaron temáticas referidas al ciclo menstrual, fertilidad del hombre y la mujer, manejo de los días fértiles, entre otros, lo cual impactó en los conocimientos de la población del proyecto en todos los métodos, incluyendo los naturales.

Como se puede ver en la gráfica No. 4, aumentó el conocimiento de los métodos hormonales y de barrera, inyectable de 61% a 77%, condón 77% a 86%, y de los métodos naturales el Ritmo del 36% a 74%. Probablemente el conocimiento sobre el uso del método del Ritmo aumentó con la información de la charla grupal y la visita domiciliar en el que se desarrollaron temas sobre ciclo menstrual y periodo fértil.

Gráfica No. 4
Porcentaje de la población entrevistada que manifiesta saber cómo usar el método mencionado.



Otro de los indicadores que se estudió para medir el impacto de las intervenciones, fue la prevalencia de planificación familiar en la zona, encontrándose que hubo un aumento en

todos los métodos reportados en uso, lo cual era de esperarse, ya que un número considerable de parejas que nunca habían utilizado ninguno accedieron a algún método después de haber recibido una charla en pareja o una visita domiciliar¹⁹. Como puede observarse en la tabla No. 13, hubo un moderado aumento en los métodos que se usan en pareja como el Condón, Ritmo y Billings y obviamente el MDF que era la nueva opción que se introdujo a la oferta

Tabla No. 13
Prevalencia de uso de planificación familiar

Usa actualmente*	Inicial (n=341)	Final (n=364)
	45%	58%
<u>Método utilizado</u>		
▪ AQV	16%	19%
▪ Inyección	9%	16%
▪ Orales	10%	5%
▪ Ritmo/Billings	2%	3%
▪ MDF	0%	4%
▪ Condón	4%	6%
▪ Otro (DIU, MELA, Retiro)	3%	5%
No usa	55%	42%

Aunque la prevalencia en el uso de métodos aumentó con las intervenciones, un sector de la población explicó que no desea un embarazo, pero no está haciendo nada para planificarlo. Las razones expresadas por las que no deciden usar un método coinciden con lo que se encontró en el estudio cualitativo previo a la implementación de las intervenciones, y sobre las cuales se focalizaron las estrategias educativas. En la Tabla No. 14 se muestra el porcentaje de respuesta obtenidas para cada una de las razones expresadas, observándose que la mayoría (37%) opina que es por religión o moral.

Tabla No. 14

¹⁹ Tomado de las entrevistas finales con promotores de salud del MSPAS, Septiembre 2002

Razones por las que no desea usar planificación familiar

Razón	% (n=74 respuestas)
Religión/Moral	37%
Nunca lo ha pensado	21%
No le gusta	19%
Efectos secundarios	13%
Falta de conocimiento	10%

Después de las intervenciones PCI llegó a ser reconocido como una fuente importante para enseñar los métodos de planificación familiar, también se encontró que son enseñados por medio de amigos y familiares. En la Tabla No. 15 se muestran los principales métodos mencionados y los agentes que han enseñado el uso, en donde es importante ver cómo el uso del condón es enseñado por amigos y familiares en un 30%. En cuanto a MDF se encontró que el 31% se lo enseñó el personal de PCI, al 23% personal de la unidad de salud, a otro 23% el promotor de salud y al 8% los amigos. Esto indica que la enseñanza de los métodos se hace a través de una amplia red social y que el MDF alcanzó ser parte de los métodos difundidos y enseñados en esa red.

“Este método me ha ayudado en la consejería general de todos los métodos, yo uso el collar para explicarles que tienen períodos fértiles e infértiles, eso le motiva a la gente a conocer su propio cuerpo y eso es lo que hacen los voluntarios de PCI, despertarles esa necesidad

Promotora de salud, Cantón El Cedro, San Salvador, septiembre 2002

Tabla No. 15

Fuente de información sobre el uso de métodos de planificación familiar

Fuente	Unidad de Salud	Promotor MSPAS	PCI	Medios/ Amigos
MDF (13)	23%	23%	31%	8%
Condón(24)	42%	8%	0	30%
Inyectable(61)	46%	18%	5%	12%
Pastilla (27)	37%	4%	0%	11%
AQV (68)	46%	21%	0	17%

- **Cómo influyeron las intervenciones de PCI en los aspectos de género y de pareja**

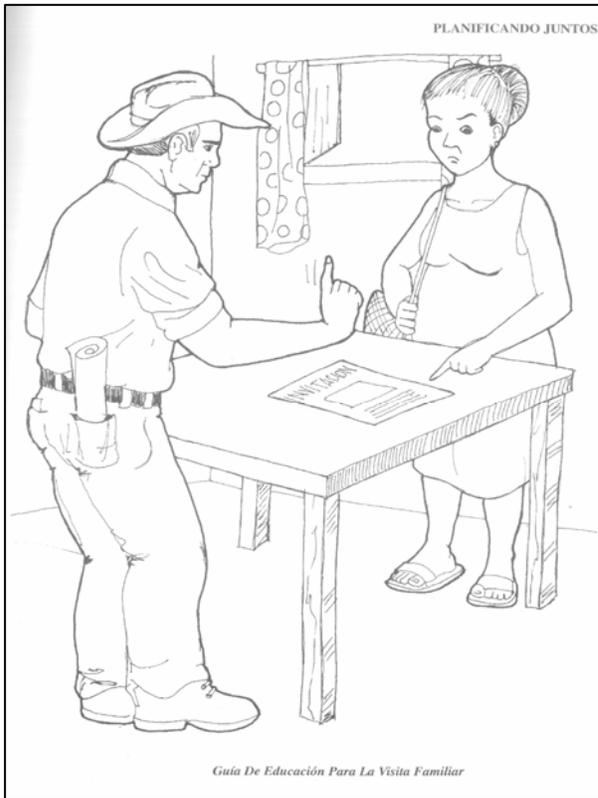


Ilustración No. 7

Lamina de la Guía de Educación para la vida familiar. Fue utilizada por los voluntarios de PCI en la visita domiciliar para explicar aspectos de la comunicación en pareja.

Para medir el impacto del aumento en la participación de los hombres en salud reproductiva y planificación familiar, después de las intervenciones, se utilizaron algunos indicadores de género y comunicación en pareja, que ayudaron a identificar cambios en las relaciones de pareja.

Los antecedentes del estudio indicaban que por los mismos roles de género y el “machismo”, los programas de planificación familiar tenían poco impacto en la zona, también porque un sector de la población masculina se quejaba de que en los programas se incluían solo a las mujeres, limitándole a ellos su participación. En la encuesta inicial y final se incluyeron preguntas relacionadas sobre actitudes de hombres y mujeres en cuanto a la salud reproductiva, las cuales fueron complementadas con las entrevistas y grupos focales de hombres y mujeres usuarios y proveedores para medir los cambios después de las intervenciones.

El estudio cualitativo previo a la implementación de las estrategias, había aportado información importante respecto a las opiniones y prácticas desiguales entre hombres y mujeres, que se manejaban en la comunidad para la toma de decisiones en pareja y sobre todo a la poca participación del hombre en los programas y el cuidado de la salud. Esta información sentó las bases para diseñar la estrategia educativa y los mensajes informativos sobre planificación familiar para la charla colectiva y visita domiciliar. PCI supuso que con la charla ayudaría a que los hombres comenzaran a discutir en grupo

estos temas y luego, al darles seguimiento por medio de la visita domiciliar les haría sentirse más incluidos en los programas y tendrían la oportunidad de discutirlo con la pareja. Los datos obtenidos en las entrevistas realizadas en este mismo estudio cualitativo, indicaban que promotores de salud y personal de la Asociación Demográfica Salvadoreña ADS²⁰ identificaban problemas para lograr la participación de hombres, por el trabajo, tiempo, horarios y sobre todo por la cultura. Ellos expresaron que los hombres no hablan de estos temas, lo cual no les permite tener una visión más amplia sobre ellos.

Les decimos a los promotores que tiene que dar educación a la pareja, pero lamentablemente solo se encuentra o acude la mujer, ya que son los hombres son los que trabajan fuera de sus casas, entonces no nos llegan, son raros los que se convencen y llegan a la charla de planificación familiar. Son pocos los hombres que llegan; pero aún así la acción que deberíamos hacer es la consejería en pareja.

Entrevista a director de U de S San José Villanueva, La Libertad, Diciembre 1999.

Otro de los problemas identificados había sido el hecho de que los hombres no permiten que la mujer ejerza sus propios derechos sobre la elección libre de un método, y esto si que era un gran problema también para los proveedores, algunos de ellos se habían visto amenazados por los hombres que se enteraban que les llevaban a su compañera un método de planificación familiar, por supuesto a solicitud de ella.

En la planificación familiar, tenemos más problemas con la gente del campo, porque los hombres son tan machistas 200% y las mujeres son tan sencillas que no las dejan actuar y se están inclinando un poquito más por lo que es la inyección, porque ellas dicen que van a control con un niño y aprovechan de ponérsela a escondidas del compañero y la familia. En la casa no tienen ninguna evidencia de que planifican, porque los hombres las vigilan para ver si ellas están usando algún método.

Grupo focal con enfermeras, FUSAL, La Libertad, diciembre 1999

Además de las presiones en las mujeres para no usar un método, se enfrentaban a la indiferencia de los hombres, ante estas necesidades, ellos no mostraban interés para saber más o aprender el uso de métodos, argumentando que esas son cosas de mujeres, pero no les daban la libertad de usarlos, lo cual indicaba que los hombres realmente no estaban participando de forma directa, ni indirecta.

²⁰ Entrevista con encargado de programas comunitarios, Asociación Demográfica Salvadoreña ADS, 1999

La gente habla de eso, pero como yo nunca he creído en eso, nunca, nunca he creído, porque he oído problemas verdad. A mí siempre me han contado las personas y los compañeros, pero nunca le he puesto aquel interés, tal vez en platicarlo, ni hacerlo, quizá, la misma desconfianza de hacerlo o dejarla que ella lo haga

Entrevista a usuario, Cantón Corralito, Municipio de Zaragoza, La Libertad, 1999

Uno de los objetivos de la charla educativa y la visita domiciliar, era la motivación hacia la toma de decisión en pareja y la participación del hombre. Los voluntarios de PCI en la comunidad utilizaron materiales de apoyo con laminas reflexivas que mostraban la fertilidad y comunicación en pareja, la idea fue desarrollar una discusión sobre estos temas, que tal como se había mostrado, que para algunos había sido un tabú.

- Actividades comunitarias con la participación de hombres

Con las intervenciones de PCI se comprobó que se puede aumentar la participación de los hombres, si se les ofrece información correcta sobre la planificación familiar y también si se logra sensibilizarlos de su responsabilidad en el cuidado de la salud familiar, sin embargo fue necesario llevar a cabo una serie de actividades coordinadas entre las instituciones y la comunidad para poder lograrlo. Los actores clave de la comunidad jugaron un papel importante para poder motivar la participación de los hombres, entre ellos los promotores de salud del MSPAS quienes se involucraron en las visitas y charlas que impartía el personal de PCI en cada una de las comunidades de su responsabilidad. También fue muy importante que los directivos de la comunidad y los representantes de las juntas de agua estuvieran presentes en las charlas, ya que anteriormente ellos solo asistían a reuniones administrativas del proyecto.

La estrategia consideró que desde el inicio del proyecto los beneficiarios de agua y letrinas, adquirieran el compromiso de asistir a todas las charlas. La explicación que se les dio fue que era un proceso de cómo se iban a planificar todos los recursos de la comunidad y de las familias.

Entrevista con coordinadora del proyecto educativo Planificando Juntos, julio 2002,
En la tabla No. 16 se cita un listado de las principales actividades implementadas para difundir la información.

Tabla No. 16

Actividades implementadas que se realizaron para aumentar la información de PF en la comunidad y los agentes clave que las desarrollaron y/o apoyaron

Actividades	Total
Visitas domiciliarias por voluntarios	2195
Visitas domiciliarias en que se habló de todos los métodos de P F	1357
Charlas a grupos comunitarios de hombres y mujeres	51
Facilitadores técnicos del proyecto	6
Número de instructores voluntarios activos.	24
Número de voluntarios activos.	110
Unidades de Salud/Promotor participando	13

En la encuesta inicial 54% de todos los entrevistados hombres y mujeres, dijeron que la mujer debe tomar la decisión sobre el método a usar, el resto dijo que debe ser el compañero u otra persona. En la encuesta final la decisión de la mujer fue más reconocida, alcanzando el 62% de las opiniones a favor, lo cual indica que se tiene mayor reconocimiento a las decisiones de la mujer para la elección o cambio de un método. También se aumentó en las opiniones respecto a que el hombre debe participar más en la salud familiar. Inicialmente el 60% de los entrevistados dijo que el hombre debería de participar poco, pero al final de las intervenciones 44% cambió de opinión y solamente el 16% continuaba pensando que el hombre debería participar poco. En la tabla 17, se muestra una comparación de las opiniones sobre la decisión final de un método y la participación del hombre en el cuidado de la salud.

Tabla No. 17

Cambios en actitudes antes y después de las intervenciones, respecto a la participación del hombre en la planificación familiar y el cuidado de la salud familiar

Actitudes y prácticas	Inicial (n= 341)	Final (n= 364)
La mujer debe tomar la última decisión sobre método de usar	54%	62%
Hombre debe participar poco en salud familiar	60%	16%

Conforme se estudiaron los cambios en la pareja después de las intervenciones, se encontró que prevalecían algunas actitudes no favorables a la planificación familiar. Al desagregarlas por sexo se encontró diferencias entre la manera de pensar de hombres y

mujeres, lo cual indica que proyectos como el implementado por PCI deben tener continuidad y alcanzar mayor cobertura para trabajar en actitudes que interfieren en el éxito de los programas de salud reproductiva. En la Tabla No. 18 se muestran los datos de la encuesta final, en donde se puede observar que tanto hombres como mujeres presentan actitudes no favorables para la comunicación en pareja, 25% de las mujeres y 37% de los hombres continúan pensando que las mujeres que planifican son infieles, 57% de las mujeres y 67% de los hombres opinan que la mujer debe tener la última decisión sobre la planificación familiar y sorprendentemente 20% de las mujeres y 11% de los hombres creen que entre más hijos tiene el hombre es más macho.

Tabla No. 18
Opiniones sobre el uso de planificación familiar

Opiniones	Mujeres (n=189)	Hombres* (n=175)
Mujeres que planifican son infieles	25%	37%
Mujeres deben tener la última decisión sobre planificación familiar	57%	67%
Entre más hijos, más macho	20%	11%

* $P \leq .05$

La comunicación en pareja mejoró después de las intervenciones según lo indican los datos cualitativos, pero para poder medir el impacto, se exploró sobre temas básicos que con más frecuencia se espera que las parejas aborden relacionados a la salud reproductiva y la planificación familiar. En la Tabla No. 19 se presentan resultados porcentuales sobre los temas de los cuales las parejas habían hablado en los últimos 6 meses antes y después de las intervenciones. De acuerdo a la información, se observa un incremento de parejas que han hablado de temas relacionados a PF, especialmente sobre el manejo de los días fértiles, el riesgo de ETS y el rol de la pareja en la salud reproductiva.

Tabla No. 19
Temas que abordan las parejas sobre la salud reproductiva (antes y después de las intervenciones)

Temas de conversación	Inicial	Final
Número de hijos en la familia	42%	51%
Uso de planificación familiar	27%	35%
Selección de un método	28%	35%
Manejo de los días fértiles	12%	26%
Riesgo de ETS	21%	41%
Rol de la pareja	6%	19%

* $P \leq .05$

- **Participación de hombres en los servicios de planificación familiar**



Fotografía: aplicación de encuesta final, Palo Alto, Rosario de Mora.

Para conocer las actividades de la participación del hombre en los servicios de planificación familiar, se les preguntó a las mujeres en que había participado su esposo cuando asistieron a la consulta de planificación familiar. El 21% de las mujeres dijo que su pareja le había acompañado a la consulta y el 79% dijo que había asistido sola.

Las razones más frecuentes por las que las mujeres no son acompañadas por su pareja son las siguientes: por el trabajo, principalmente los que salen de la comunidad para realizarlo, 48%, falta de tiempo 12% para las actividades de salud y 11% expresó que el proveedor le pidió que fuera sola, probablemente en este último caso por el tipo de procedimiento que iban a realizarle.

Los datos sobre la participación de hombres en las consultas de planificación familiar indican que debe buscarse la forma como hacer más accesibles los servicios a los hombres considerando los horarios de trabajo y cómo trabajar en las actitudes para que tengan más motivación de asistir a la consulta. PCI tuvo dificultades para poder llegar a los hombres, pero su estrategia de abordarlos en fines de semana y horas nocturnas le funcionó.

En cuanto a la decisión para escoger el método que usan, las encuestas muestran que después de las intervenciones aumentó la participación del hombre y está en relación al método seleccionado. El 8% de los métodos usados involucran a los hombres, como en el caso de los métodos naturales y el condón.

Fotografía, familia Gómez en una sesión de visita familiar.



C. INTEGRACION DE MDF EN PROYECTOS COMUNITARIOS UNA ESTRATEGIA DESARROLLADA POR CIRES Y PCI

Como se ha mencionado a lo largo de este informe, PCI incorporó los servicios de MDF en los proyectos de agua y saneamiento y CIRES en su programa de salud comunitaria. Para la integración, fue necesario que ambas instituciones desarrollaran una serie de nuevas actividades, adaptaciones y cambios en la organización interna a nivel de personal, en la organización de la comunidad y en los mecanismos de coordinación con otras instituciones involucradas en su trabajo, especialmente con el Ministerio de Salud.

- Difusión de MDF

Uno de los resultados más importantes con la introducción de MDF en los proyectos comunitarios es la difusión alcanzada a nivel de la comunidad. A pesar que ya existían conocimientos sobre la salud reproductiva y de la planificación familiar, las actividades informativas aumentaron por medio de la difusión no formal en la comunidad

PCI activó la red de voluntarios comunitarios para apoyar la organización y difusión de sus proyectos, esto le permitió alcanzar mayores niveles de información en las comunidades del proyecto y comunidades vecinas. CIRES implementó la visita domiciliar por medio de los promotores de salud, en estas visitas se brindó información sobre la salud reproductiva y planificación familiar lo cual generó la difusión en la comunidad.



Fotografía: consejería en pareja brindada por facilitador de PCI.

Para las actividades de difusión PCI y CIRES utilizaron afiches, volantes y charlas informativas en el domicilio y en la comunidad. En las charlas se hablaba de todos los métodos, incluyendo MDF. Los voluntarios y los instructores de PCI utilizaban el afiche de la guía de la visita familiar y los

promotores de CIRES el rotafolio del Ministerio de Salud, ambos materiales contienen ilustraciones de todos los métodos y los lugares a donde pueden acudir para obtenerlos.

El MDF alcanzó altos niveles de difusión por medio de la familia, amigos, voluntarios y promotores. CIRES desarrolló 1435 visitas domiciliarias y PCI 1357 en las que abordaron temas relacionados a la planificación familiar incluyendo MDF y la salud reproductiva. Estos conocimientos fueron difundidos con la pareja, amigas y vecinas. En las comunidades de PCI los niveles de difusión comunitaria de MDF se midieron por medio de la encuesta final, encontrándose que el 64% (121) de las mujeres y 48% (89) de los hombres habían escuchado información sobre el método. Lo que las personas recordaban espontáneamente sobre del MDF, era principalmente sobre las características naturales del método y el Collar del Ciclo que se utiliza para llevar la cuenta; en la Tabla No. 20, se presentan los porcentajes de las opiniones sobre lo que recordaron al escuchar del MDF.

“Lo que más llamó la atención sobre este método es porque es natural, no se toma nada y él pone de su parte (hombre) para planificar la familia”

Grupo focal con usuarias en U. de S. de San Sebastián, San Vicente, septiembre 2002.

Yo lo que recuerdo es que en las perlas blancas puedo quedar embarazada y en las otras no. Eso es bueno para mí porque me ha enseñado que por medio del collar yo puedo conocer mi cuerpo.

Grupo Focal usuarias, comunidad Medardo Gómez de Chalatenango, septiembre 2002.

Tabla No. 20

Lo que las personas recordaron haber escuchado del MDF, según datos de la encuesta final (n = 121 mujeres y 84 hombres)

Características del MDF	%
Es un método natural	32%
Es efectivo	15%
Se usa en pareja	6%
Es fácil de usar	6%
Utiliza un collar de perlas para llevar el control	25%

- **Cómo influyó la capacitación de proveedores en la oferta de MDF**



Fotografía: Taller de capacitación a promotores de salud de CIRES, septiembre 2001.

La entrega de servicios de MDF fue prevista en un modelo de entrega comunitaria por medio personal de PCI y CIRES. Este personal fue capacitado en talleres, en donde realizaron prácticas simuladas para la evaluación de usuarias, consejería inicial y seguimiento. En esta

capacitación fue muy importante para reforzaron aspectos que garantizan la calidad del servicio, tales como: decisión informada, gama de métodos y aspectos de pareja que se deben cubrir en la consejería de todos los métodos y el modelo de servicio de MDF.

Posteriormente a la capacitación inicial, los facilitadores de PCI y el médico supervisor de CIRES, definieron estrategias para la retroalimentación y actualización del personal en la oferta de servicios. A los seis meses después de la capacitación inicial y durante el periodo que duró el estudio, se aplicó la guía de refrescamiento de la que ya se comentó en este informe en el Capítulo VIII “Diseño metodológico del estudio – Fuentes de información” para monitorear y reforzar la capacidad de los proveedores en la entrega del MDF y en el seguimiento de las parejas.

El monitoreo de la competencia de los proveedores para ofrecer el MDF permitió mejorar la calidad de los servicios ofrecidos por los agentes comunitarios. Esta metodología ayudó a reforzar oportunamente los aspectos que se identificaron con debilidades.

Una de las lecciones aprendidas en este proceso de capacitación y seguimiento, es que la mayoría de los proveedores desarrolló habilidades en la instrucción a usuarios, seguimiento y situaciones en que la usuaria debe buscar ayuda del proveedor, ya que los facilitadores se preocuparon más por los aspectos técnicos que ayudaban al buen uso del método y menos por los temas más personalizados. Probablemente sea, por el modelo tradicional de la consejería que ha seguido en los servicios de salud. Las partes más débiles fueron los requisitos de selección y el manejo de aspectos de pareja.

En la competencia de proveedores se encontró una diferencia entre el personal staff de las ONG's y el personal comunitario (promotores de salud e instructores del MDF), el personal técnico demostró más habilidad y conocimiento para enseñar el uso del collar y aplicar los criterios de selección, en cambio el personal comunitario demostró mayor competencia para manejar los aspectos de pareja, consejos a la usuaria y el seguimiento en el uso.

- **Materiales de clientes y proveedores de MDF**



El ISR había desarrollado materiales para clientes y proveedores, los cuales habían sido probados en diferentes sitios previa a la implementación de los estudios operativos y durante algunos de ellos. En este estudio las ONG's, después de probar en sus comunidades los materiales sugeridos por el Instituto, decidieron usar aquellos que demostraron ser prácticos para la usuaria y el proveedor y sostenibles para sus programas.

Tabla No. 21
Materiales para clientes y proveedores de MDF

Clientes	Proveedores
<ul style="list-style-type: none"> - Collar del Ciclo - Carnet calendario - Instructivo de uso del Collar del Ciclo 	<ul style="list-style-type: none"> - Collar del Ciclo - Ayuda memoria: criterios de selección y uso del collar - Calendario laminado y plumón de agua para cálculo del ciclo - Formularios del SIG (Registro de usuarios) - Talonario de referencia

Paralelo al avance del estudio, el Instituto de Salud Reproductiva estaba mejorando los materiales de clientes y proveedores. Al final del estudio los proveedores disponían de una guía de referencia para la consejería. Este material además de toda la información sobre los

aspectos a considerar en la elección libre e informada, integra la ayuda memoria, el calendario que se utiliza para el cálculo del ciclo menstrual y los criterios de selección y seguimiento de usuarias. En las sesiones de seguimiento se entregó este material a instructores de PCI, Promotores de CIRES y establecimientos de salud participantes del estudio.

D. USUARIAS DEL MDF EN EL ESTUDIO DE CIRES Y PCI

En el estudio prospectivo de usuarias fueron admitidas 142 usuarias, las cuales presentan un perfil socio demográfico y de salud reproductiva similar al de usuarias de los demás métodos en esa zona²¹. A continuación se listan los principales datos del perfil de las 142 usuarias admitidas al MDF.

Perfil sociodemográfico

- Edad de las usuarias entre 18 a 35 años
- Edad de sus compañeros entre 20 a más de 35 años
- Escolaridad tanto para hombres como para mujeres primaria incompleta entre segundo y tercer grado
- Residencia en el área rural 80% y urbana 20%

Antecedentes de salud reproductiva:

Paridad: 8 % = 0 hijos

17 % = 1 hijo

22 % = 2 hijos

23 % = 3 hijos

30 % = 4 ó más hijos

Antecedentes de planificación familiar

- 44% nunca había utilizado ningún método
- 16% combinación de Ritmo y Retiro
- 25% pastilla, 19% inyección
- 10% condón
- 2% DIU.

Uso previo de planificación familiar dos meses antes de iniciar el estudio

²¹ Datos del Censo Comunitario del promotor del Ministerio de Salud

- 62 % no estaba usando ningún método
- 16% usaba Ritmo/Retiro
- 10% condón
- 7% algún método hormonal

Como puede apreciarse en los datos del perfil de usuarias, casi la mitad de ellas (44%) nunca había utilizado un método, el 16% utilizaba una combinación de Ritmo y Retiro, lo cual no es una forma segura que le garantizara protección. Por otra parte, los antecedentes del estudio, habían demostrado que muchas de las parejas utilizan el Ritmo sin el conocimiento correcto de los días fértiles y además no siempre usan un método de protección adecuado para las relaciones en los días fértiles.

Dos meses antes de ser admitidas en el estudio para usar el MDF, la situación de la mayoría de estas parejas estaba más desprotegida para evitar un embarazo, ya que 62% no estaba utilizando ningún método y 16% estaba utilizando la combinación de Ritmo y Retiro, lo cual implica que 78% de las mujeres no tenían un medio de protección seguro para evitar o espaciar su próximo embarazo. Además los problemas de acceso por causas de origen cultural habían demostrado baja prevalencia y uso de planificación familiar, especialmente en aquellas comunidades en las que las iglesias evangélicas tienen presencia, las parejas habían rechazado todo tipo de información sobre planificación familiar.

Es una gran ayuda que se da con esta nuevos lineamientos naturales, porque en estas comunidades es un gran problema cuando el hombre vigila a la mujer para que no tome pastillas y la amenaza y le dice "cuidadito que te vayas a poner una inyección o a tomar algo cuando vas al control del niño". Este método les da derecho de opinión a ambos"

Entrevista con promotor de salud, U de S San Gerardo, San Miguel, noviembre 2002.

- Fuentes de información sobre MDF para las usuarias del estudio

Fotografía: consejería sobre PF impartida por facilitadora de PCI en una clínica local.

Como se ha mencionado anteriormente en este informe, el



modelo ofrecido fue directamente en la comunidad, por medio de las visitas domiciliarias de los promotores contratados por CIRES y por medio de charlas y visitas de voluntarios de PCI. La información brindada, comprendía todos los métodos, y las parejas o usuarias que decidían por el MDF recibían una consejería completa, específicamente sobre MDF.

En el transcurso del proyecto, ambas instituciones desarrollaron un plan de difusión del servicio de MDF por medio de reuniones de agentes clave y visitas a los establecimientos del Ministerio de Salud. Al final del estudio, cuando se realizaron las encuestas y entrevistas, se encontró que el MDF era difundido por varios agentes comunitarios entre ellos los maestros de las escuelas de padres, sacerdotes, pastores de la iglesia evangélica y personal de salud que hacía las referencias a personal de CIRES y PCI. Las intervenciones de todos estos actores ampliaron la red de difusión de MDF, pero fueron principalmente los promotores y voluntarios quienes difundieron estos mensajes.

A una parejita un señor le fue a explicar el evangelio y le dijo que después de tener el niño podía utilizar este método, pues no es pecado, me recuerdo que recién embarazada se le explicó, a ella le gustó porque se lo explicó el mismo de su iglesia

Grupo focal con hombres voluntarios Cantón El Semillero, San Vicente, septiembre 2002

Cuando se preguntó a las usuarias y usuarios quién les había informado sobre MDF, respondieron que al 45% de las usuarias le informó el personal de PCI y CIRES en diversas actividades, el 9% recibió una visita domiciliaria del promotor o voluntario, el 21% se informó por medio una charla grupal, el 11% a través de una consulta o una visita del personal del Ministerio de Salud y el 9% por medio de su pareja o amigos.

En las visitas domiciliarias del Dengue, algunas señoras me han explicado como ellas usan el collar, yo lo he transmitido a otras señoras de ver que ellas nunca habían aceptado planificar con ningún método y después de oír a la promotora de CIRES, este les ha parecido por ser natural y fácilmente lo pueden llevar.

Promotor de Salud, Cantón La Laguna, San Miguel, Noviembre 2002

Aunque la información se difundía por diferentes medio, no siempre fue aceptado por todas las mujeres o parejas, algunas por que no cumplían los requisitos del ciclo, otras por que esperarían para ver como le funcionaba a otra pareja y algunas de ellas por la falta de acuerdo en pareja. Las parejas que decidieron escoger MDF expresaron que lo hicieron por salud, religión, moral, economía y/o por que el esposo se opone a otros métodos. En la tabla No. 22 se muestran las principales razones por las que las mujeres escogieron el MDF.

Tabla No. 22
Razones por las que las usuarias eligen el MDF
n= 142

Razones para escoger MDF	%
Salud	44%
No necesita tomar nada	23%
Lo considera económico	16%
Por religión y moral	18%

- Instrucción sobre MDF a los usuarios del estudio

Primero hablamos solo con la mujer, luego hablamos con los dos, entonces la esposa le ha comentado a él. Se llega con confianza porque la esposa le dice al esposo “esto y esto me han explicado los promotores de CIRES”, ya cuando llegamos no es sorpresa, entonces ya nos están esperando.

Promotora de Salud de CIRES, Cantón Amapala, Sessori, noviembre 2002

Los proveedores utilizaron diversas estrategias para ofrecer la consejería en pareja, ya que consideran que era la forma de aumentar la participación directa del hombre. No siempre fue posible aconsejar y enseñar el MDF a la pareja junta, pero se tuvo un alto porcentaje de hombres en la consejería y en el uso del método, fue registrada en los formularios a lo largo del estudio. En las entrevistas de seguimiento, se les preguntaba a los hombres, en qué participaba, cómo se sentían, qué conocían del método y quién se los había enseñado. Al final del estudio, esta información se complementó con entrevistas a parejas y usuarios solos, para conocer como había sido su experiencia y conocimiento del MDF. Los datos finales reflejaron que el 95% de los hombres recibieron una consejería, aunque no siempre fue por medio del proveedor, algunos de ellos la recibieron de su esposa o compañera, también tuvieron como apoyo el instructivo del Collar del Ciclo que se entrega como parte del material de usuarios. En la Tabla No. 23, se muestran las diversas fuentes de instrucción para el esposo.

En mi cantón ya no fue necesario que yo saliera a todas las viviendas, el sacerdote habló con la doctora (médica supervisora del proyecto) y luego el en los días domingo les avisaba que ya había un nuevo método de planificación.

Grupo focal en San Gerardo, Promotora de Salud CIRES, Noviembre 2003

Tabla No. 23
Fuentes de instrucción de MDF para el hombre n=138

Fuente	%
Ninguna	5%
De la esposa	44%
Del proveedor	40%
De voluntarios de la comunidad	11%

Aunque no todos los esposos estuvieron presentes en una consejería de proveedores, es interesante ver como se involucraron en el uso del método y llegaron a reconocer los requisitos para usar el método y la importancia de su participación. En los datos de embarazo que se muestran en la sección de salidas por embarazos en este informe, se presentan los datos que muestran que las parejas que usaron MDF tuvieron menor número de embarazos y tuvieron menos fallas en el uso del método cuando el hombre recibió la consejería junto a su esposa. En la tabla No. 24 se muestran algunas de las formas de participación que los hombres expresaron durante las visitas de seguimiento del estudio.

Tabla No. 24
Formas de participación de hombres, en las parejas que usan el MDF desde la percepción de hombres y mujeres

Formas de participación	hombres n=87	Mujeres N=107
Respetando los días fértiles	39%	24%
Pendiente del collar y días fértiles	22%	34%
Recordando mover el anillo	22%	33%
Esperando que la compañera la avisará cuando han pasado días fértiles	9%	2%
Anotando la fecha de la regla	6%	4%
No participó	3%	4%

- Manejo de los aspectos de sexualidad en pareja

El modelo de consejería para la enseñanza del MDF, incluye consejos a la usuaria y su pareja sobre como mejorar la comunicación para la toma de decisiones conjuntas en cuanto a las relaciones sexuales, manejo de los días fértiles y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Estos tres aspectos fueron seguidos muy de cerca por parte de los proveedores, alentando a las parejas al diálogo para que ellas pudieran determinar si podían continuar con MDF o cambiar a otro método.

Al inicio los proveedores estaban muy preocupados, porque creían que las parejas podrían tener dificultades en el manejo de los doce días en que debían evitar las relaciones desprotegidas. En coordinación con el Ministerio de Salud, entregaron condones a las parejas que deseaban utilizarlos para proteger sus relaciones en los días de perlas blancas.

Las parejas, al igual que los proveedores, no se tenían la suficiente confianza de poder manejar la abstinencia, y pensaron que debían solamente prepararse para las relaciones protegidas con un condón en los días fértiles, sin embargo al final del estudio, las entrevistas mostraron que las parejas fueron capaces de manejar los días fértiles por medio de la abstinencia y un menor número de parejas utilizó el condón cuando lo decidió. En la Tabla No. 25, se muestra un resumen de lo que las parejas hicieron y pensaban hacer antes de entrar al estudio para el manejo de los días fértiles.

Tabla No. 25
Estrategias para el manejo de los días fértiles (ciclos = 279)

Estrategias	Lo que pensaba hacer la pareja al ser admitidos en el estudio	Lo que dijeron haber hecho al finalizar el estudio
Abstinencia	75%	63%
Condón	11%	20%
Abstinencia y condón	12%	14%
Retiro	1%	3%
No sabía qué hacer	2%	0%

El modelo de consejería y el apoyo en visitas de seguimiento, demostró ser efectivo para apoyar a las parejas en el manejo de los días fértiles y aumentar la comunicación en pareja, lo cual se monitoreaba en las entrevistas de seguimiento y al final por medio de entrevistas con usuarios. Cuando se le pidió a los usuarios que comentaran sobre algunos cambios que habían observado en su relación de pareja, el 19% (54 de 142 parejas) dijo haber identificado cambios en su relación de pareja, el 71% dijo que su relación era igual y el método no les había afectado y el 10% no quiso opinar en ese momento.

De los que notaron cambios en su relación de pareja, 4 expresaron que fueron negativos y que les había afectado por que su compañero se enoja en los días de abstinencia y siente que son demasiados días de espera. Las 50 parejas que notaron cambios positivos, dijeron con sus palabras que sus relaciones eran más agradables porque las disfrutaban sin temor de un embarazo, que lo sentían como una nueva relación de la pareja cada vez que entraban a

perlas café y les hacía entenderse mejor, y así, otros comentarios similares que demostraron que la pareja mejoró la calidez y calidad de su relación.

Otro cambio importante identificado según los datos de entrevistas de seguimiento, es que el 87% se puso de acuerdo sobre cuándo tener las relaciones, y para ello la mayoría conversaron y se guiaron por el collar.

El me comprende y evita los días, antes él esperaba que yo le dijera, ahora él mira el collarcito y sabe como estamos.

Entrevista a usuarias, Cantón La Sincuya, Nuevo Edén de San Juan, noviembre 2002

Como las parejas habían identificado cambios en sus relaciones, desde el inicio del MDF y expresaron que habían aprendido a comunicarse sus deseos de las relaciones, para buscar las alternativas sobre lo que deben hacer, se les preguntó que conversaban y como llegaban a un acuerdo. Ellos dijeron que la mayoría de veces decidían utilizar un condón (47%, algunos no accedieron a tener la relación (31%), otros dijeron que conversaban (11%) y el resto dijo que accedió o usó retiro) En la tabla 26 se muestran los porcentajes y el listado de las decisiones que tomaron después de hablar sobre el deseo de tener relaciones en días fértiles.

Mi pareja no dice nada en contra de este método. Más que todo se ha educado sexualmente, yo le he hecho saber que solo hacer el sexo no es la solución, que también hay que abstenerse.

Grupo focal con usuarias en San Gerardo, San Miguel, 13 de noviembre 2002

Tabla No 26
Aspectos de pareja en el manejo de días fértiles (n=143)

13 % dijo a su esposo que deseaba tener relaciones estando en días fértiles.		87% se pone de acuerdo sobre cuando tener las relaciones	
Decidieron usar condón	47%	Conversan	98%
No accedió	31%	Miran el collar	2%
Conversaron de diversos temas de la vida familiar y otros	11%		
Usaron el retiro	6%		
Accedieron a la relación	6%		

Aunque la mayoría de las parejas sabían que tenían la alternativa de usar el condón para proteger sus relaciones de días fértiles y fueron abastecidos con los condones por los promotores y voluntarios o por los promotores del Ministerio de Salud, no siempre los usaron, explicando que a veces desean abstenerse y esperar una relación natural sin protección, otras parejas tuvieron experiencias anteriores al MDF de condones en mal estado y decidieron esperar los días no fértiles.

El condón a veces me molesta, no se siente igual. Me alegro en los días cafés porque el ya no va a usar eso y se siente más diferente, ya es la verdadera relación.

Entrevista con Usuaría del MDF

Yo no entrego el método del collar, pero les entrego diez condones a las parejas que lo están llevando. Ya estamos de acuerdo con la promotora de CIRES, ella me los reporta.

Promotor de Salud, Nuevo Edén de San Juan San Miguel, Noviembre 2002

Tampoco todas las parejas pudieron llevar abstinencia y relaciones protegidas en días fértiles. A pesar de que la mayoría de las parejas sabía qué hacer en los días de perlas blancas, cómo lo demostraron las entrevistas de seguimiento, hubo un mínimo porcentaje del 13%, (19 parejas de las de 142), que dijeron haber tenido relaciones sin protección en los días fértiles, en alguno de los ciclos de estudio. Las razones para tener las relaciones en los días fértiles no fue por desconocimiento, sino más bien fue por decisiones propias o situaciones imprevistas, aunque sabedores que eran los días fértiles. A continuación se listan las razones por las que las parejas 19 parejas decidieron tener las relaciones sexuales en días fértiles.

- 4 lo pensaron por anticipado y utilizaron el método para poder lograr un embarazo
- 4 utilizó retiro
- 4 tuvo relaciones orientándose con la observación del moco cervical y su experiencia en el uso de otros métodos de observación
- 3 por razones imprevistas y no pudieron controlarse
- 2 no tenían el condón en el momento
- 1 el esposo insistió conscientemente del día en que se encontraban
- 1 tuvo relaciones con una pareja inestable

- **Conocimiento sobre uso correcto del MDF**

El conocimiento sobre el uso correcto de MDF fue monitoreado a lo largo de todo el estudio, por medio de las visitas de seguimiento, entrevistas a parejas a medio plazo del estudio y entrevistas finales. Al final del estudio se analizaron 279 ciclos, los que correspondían a las 142 usuarias. La mayoría de los analizados corresponden al primer ciclo de uso (48%), el resto a los de seguimiento 4º, 7º y 10º. En la tabla No. 27 se presenta la distribución de los ciclos estudiados.

Tabla No. 27
Ciclos monitoreados en el estudio prospectivo
según número de seguimiento

	No. de ciclos	%
Primer ciclo	134	48%
Cuarto ciclo	72	26%
Séptimo ciclo	46	16%
Décimo ciclo	27	10%
Total	279	100

Las entrevistas de seguimiento desde el primer ciclo, mostraron que la mayoría de las usuarias tenían el conocimiento correcto del método y lo estaban utilizando adecuadamente. Para saber cómo las parejas habían utilizado el Collar del Ciclo, se les preguntaba sobre aspectos claves que indican el uso adecuado. Por ejemplo: si mueve el anillo cuando inicia la regla, si mueve el anillo cada día, si marca el calendario el día de la regla, si se protege en perlas blancas y si sabe cómo utilizar las perlas cafés, los resultados muestran que el 66% respondió espontáneamente de forma correcta a todas las preguntas, lo cual indica que había una buena apropiación sobre el uso correcto del collar y el 98% contestó todos los aspectos con algunas indagaciones que los proveedores hacían, ya que para ellas era algo novedoso el seguimiento sobre el uso del método mediante visitas domiciliarias de los proveedores. Como se expresa en una cita de un promotor de CIRES cuando se discutió el tema de seguimiento para uso correcto del método, el opinaba que los usuarios por su propia iniciativa no comentan de sus aspectos que consideran íntimos, por lo que ellos deben hacer las indagaciones sobre el conocimiento y satisfacción con el método.

Hay parejas que al hablar de sus intimidades se sienten un poco tímidos, por eso hay que recordarles y preguntarles por lo menos unas dos veces cada cosa, es necesario hacerlo para saber si ellos van bien con el método

Promotor de Salud CIRES, Grupo focal San Gerardo, noviembre 2002

En la Tabla No. 28, se muestran datos porcentuales de las respuestas obtenidas en las entrevistas de seguimientos sobre los aspectos que indican el conocimiento y uso correcto de MDF y Collar del Ciclo.

Tabla No. 28
Respuestas obtenidas en monitoreos sobre aspectos de uso correcto de MDF y Collar del Ciclo

¿Cuáles son los requisitos para usar MDF?	Ciclos de 26 a 32 días = 81% Acuerdo en pareja = 74%
¿Conoce cómo monitorear su ciclo menstrual?	Marcar el calendario, contar los días, mirar el collar = 98%
¿Sabe explicar correctamente cómo identificar un ciclo largo y un ciclo corto usando el calendario y el collar?	Ciclo corto = 86% Ciclo largo = 77%

El monitoreo del uso correcto también incluyó preguntas sobre lo que las parejas hicieron para usar el método y manejo de la abstinencia en día fértiles. Las entrevistas de medio plazo del estudio indicaron que a las parejas les ayudó bastante la información recibida por medio de las consejerías, charlas y visitas, para conversar de los aspectos de la sexualidad en pareja. Algunas parejas dijeron que ellos se hacían señales, caricias o algunas demostraciones, pero no habían tenido el valor de entablar una conversación sobre aspectos de las relaciones sexuales. Los hombres por su parte creían que la abstinencia les afecta fisiológicamente y temen por su salud. Los proveedores se apoyaron en la consejería del método para explicar que las parejas deben ponerse de acuerdo y decidir que hacer en esos días para satisfacerse sus necesidades y evitar un embarazo, también ofrecían la opción del condón, para esos días. A continuación se citan algunos comentarios expresados por las parejas y proveedores en estas visitas, que muestran algunos cambios respecto al manejo de la sexualidad después de haber recibido consejería sobre el método.

Anteriormente el me daba mis palmaditas o me hacía señas de ir acostarnos para ver que le respondía yo, y yo le respondía igual, pero ahora con el collar el me dice ¿cómo estamos en el collar? ya le digo, desengañese por sus ojos y vaya a verlo

Entrevista a usuaria, San Cayetano Istepeque, enero 2001

Los hombres nos preocupamos porque dicen que si se acumula el semen, podríamos padecer de cáncer en la próstata, pero ahora que ese método dice que doce días es algo natural, me cambia un poco mi opinión.

Líder comentario, Medardo Gómez, Las Vueltas, Chalatenango, enero 2002

Al estudiar los resultados comparativamente los ciclos que corresponden a cada visita se observó que el conocimiento obviamente se había aumentado, pero la práctica indicaba que las usuarias y su pareja se estaban confiando y algunas ya no se preocupaban de mover el anillo a diario, especialmente cuando ya habían pasado las perlas blancas. En el primer ciclo. También en el cuidado de las relaciones en perlas blancas las parejas estaban confiándose, probablemente algunas ya deseaban un embarazo y otras se estaban confiando demasiado.

Tabla No 29

Resultados de los monitoreo de uso correcto en las visitas de seguimiento a usuarias

Aspectos de indagación	1er. Ciclo	4º. Ciclo	7º al 10º. Ciclo
Sabe usar el collar correctamente - "El anillo está en la perla correcta" - "Sabe el significado de cada perla" - "informa que lo mueve a diario"	85%	89%	75%
Se cuida en perlas blancas - "Usa condón" - "Evitan relaciones"	95%	91%	89%

- Entrevistas de salida

El estudio estaba previsto para dar seguimiento a las usuarias admitidas hasta completar trece ciclos, pero no todas lograron permanecer en el estudio los trece, debido a que terminó el estudio, otras tuvieron variaciones de rangos en los ciclos y otras salieron embarazadas. El 52% de las usuarias completó los trece ciclos, 36% tuvo que salir del estudio porque presentó ciclos fuera del rango establecido, 4% la esposa no quiso continuar, 4% se embarazó, 3% el esposo no quiso continuarlo, y 5% no explicó motivo y dijo que quería salirse.

- Salidas por variaciones de rango del ciclo menstrual

Los ciclos fuera del rango de 26 a 32 días es una de las indicaciones para que la pareja cambie de método, ya que el MDF no le protege con seguridad. En las visitas de seguimiento, este era uno de los puntos al que los proveedores le dieron mucha importancia, para asegurarse de que el método estaba protegiendo a la pareja y que los usuarios sabían que hacer si se presentaba una variación. En las entrevistas de seguimiento los proveedores siempre preguntaron a los usuarios qué debían hacer si se presentaba un ciclo más largo o más corto de lo establecido, a lo que la mayoría respondió que buscaría a su proveedor para pedir ayuda o consultarle. Tal como los proveedores lo habían sugerido en la consejería inicial, el 95% sabían una forma correcta de cuidarse o consultar al proveedor en esos casos. Aunque en la consejería se dieron las instrucciones de que es igual de importante consultar a su proveedor en “un ciclo corto como en un ciclo largo” las usuarias dieron mayor importancia al ciclo corto, es decir al menor de 26 días, ya que el 88% dijo que consultaría a su proveedor, en cambio ante un ciclo largo, mayor de 32 días solamente el 61% dijo que consultaría a su proveedor y el 26% dijo que se protegería en sus relaciones mientras llega de nuevo la regla. Solamente un mínimo porcentaje (5%) de las usuarias dijo que no lo sabía o no lo recordaba en el momento de la entrevista. En la Tabla No. 29, se presenta un resumen del porcentaje de las respuestas que los usuarios dijeron qué hacer ante un ciclo largo y un ciclo corto.

Tabla No. 29
Conocimientos sobre qué hacer en un ciclo fuera de rango (ciclos =279)

¿Qué hacer?	Ciclo corto	Ciclo largo
Buscar ayuda con el proveedor	88%	61%
Descontinuar el uso del método	5%	6%
Protegerse mientras le llega la regla	2%	26%
No sabe qué hacer	5%	5%

Al final del estudio se entrevistó a las 43 mujeres que salieron del estudio por variaciones de rango, de las cuales 5 correspondían a las usuarias de CIRES y 38 a las de PCI. En estas entrevistas se exploró sobre las decisiones que habían tomado respecto a continuar con otro método, ya que los proveedores se les habían sugerido una referencia para optar por otro método. También se exploraron aspectos que permitieran conocer su conocimiento sobre la razón por la cual dejó el método y como se sentían al haberlo dejado, la idea de este seguimiento fue para poder apoyar y orientar a otras usuarias de MDF en los programas.

Las mujeres que salieron del estudio por variaciones de rango en el ciclo tenían en sus antecedentes de planificación familiar que 68% de ellas nunca había planificado y el resto (32%) reportó uso de métodos diversos entre ellos el retiro y la mezcla de ritmo, calendario y retiro, lo cual no les garantizaba un método seguro. En el seguimiento de estas usuarias, después de la salida del estudio, se encontró que de las 43 mujeres, el 75 % había continuado utilizando algún método y 25% no había utilizando ninguno. De los métodos en uso, se reportó que 65.6% había continuado usando el MDF, aunque su proveedor le había informado que ya no le protegía y que debería consultar para optar a otro método. El 20% (6) habían optado por métodos hormonales y el resto Ritmo, Retiro y Condón. Algunas de las usuarias en el transcurso del período en que dejaron el MDF a la fecha de la entrevista, habían utilizado un segundo método, excepto las que usaron MDF y Condón. En la tabla No 30 se muestra los métodos que fueron reportados en uso por las usuarias que salieron del estudio.

Tabla No. 30
Métodos que fueron reportados en uso por las usuarias que salieron del estudio por variaciones de rango del ciclo menstrual

Método	Usó primero	Usó segundo
	% (n=32)	% (n=8)*
Collar	65.6%	
Ritmo	3.4%	12.5%
Retiro	9.4%	50.0%
Pastilla	6.3%	25.0%
Condón	3.1%	
Inyección	12.5%	12.5%
Total	100%	100%

Como los promotores e instructores habían puesto énfasis especial en los criterios de elegibilidad para el inicio y seguimiento de uso de MDF, a las usuarias se les había recomendado que ante una variación del ciclo consultaran a su proveedor en la comunidad o en las unidades de salud en ya se habían dejado los materiales por si se presentaba alguna usuaria que deseara asesoría.

A las 17 mujeres que continuaron utilizando el MDF, se les preguntó porque razón lo continuaron usando, sabiendo que no les protege, las tres principales razones fueron: por salud (76%), porque les gusta el método (52%) y porque el esposo no permite que use otro 29%. Del total de salidas por variaciones en su ciclo, 6% continuaba utilizándolo por que deseaba salir embarazada y éste le ayuda a identificar los días fértiles.

En cuanto al método de uso actual con las usuarias que salieron del estudio, se encontró que 28 de ellas estaban utilizando un método, 8 de ellas habían salido embarazadas y 7 dijeron que no desean un método por que consideraban poco riesgo en ellas para tener un nuevo embarazo y otras dijeron que no le gusta otro método y que prefieren embarazarse. De 43 mujeres que salieron del estudio por ciclos irregulares, 25 usan actualmente un método. A continuación, en la Tabla No. 30 se presenta el porcentaje de los métodos que están usando las mujeres que salieron por variación por ciclo.

Tabla No. 30
Porcentaje de mujeres que salieron del estudio por variaciones de ciclo y método de planificación familiar que usan actualmente (n=25)

Método	
Collar	68%
Pastilla	16%
Inyección	16%

Para explorar sobre la satisfacción de usuarias durante el tiempo de uso del MDF y al salir del estudio se les preguntó en estas mismas entrevistas, ¿cómo se habían sentido cuando usaban el método y cómo se habían sentido al dejar este método? El 86% (33 usuarias) dijeron que se sentían bien, que estaban seguros de usarlo, 10% (4 usuarias) dijo que tenía inseguridad por que podía presentar variaciones de ciclo y una de ellas dijo que ya se sentía desesperada por los días de perlas blancas. Cuando tuvieron que salir del método las usuarias expresaron que ellas estaban interesadas en llevar este método hasta que les dejara de funcionar o hasta que se decidieran por un embarazo.

Salidas por embarazo

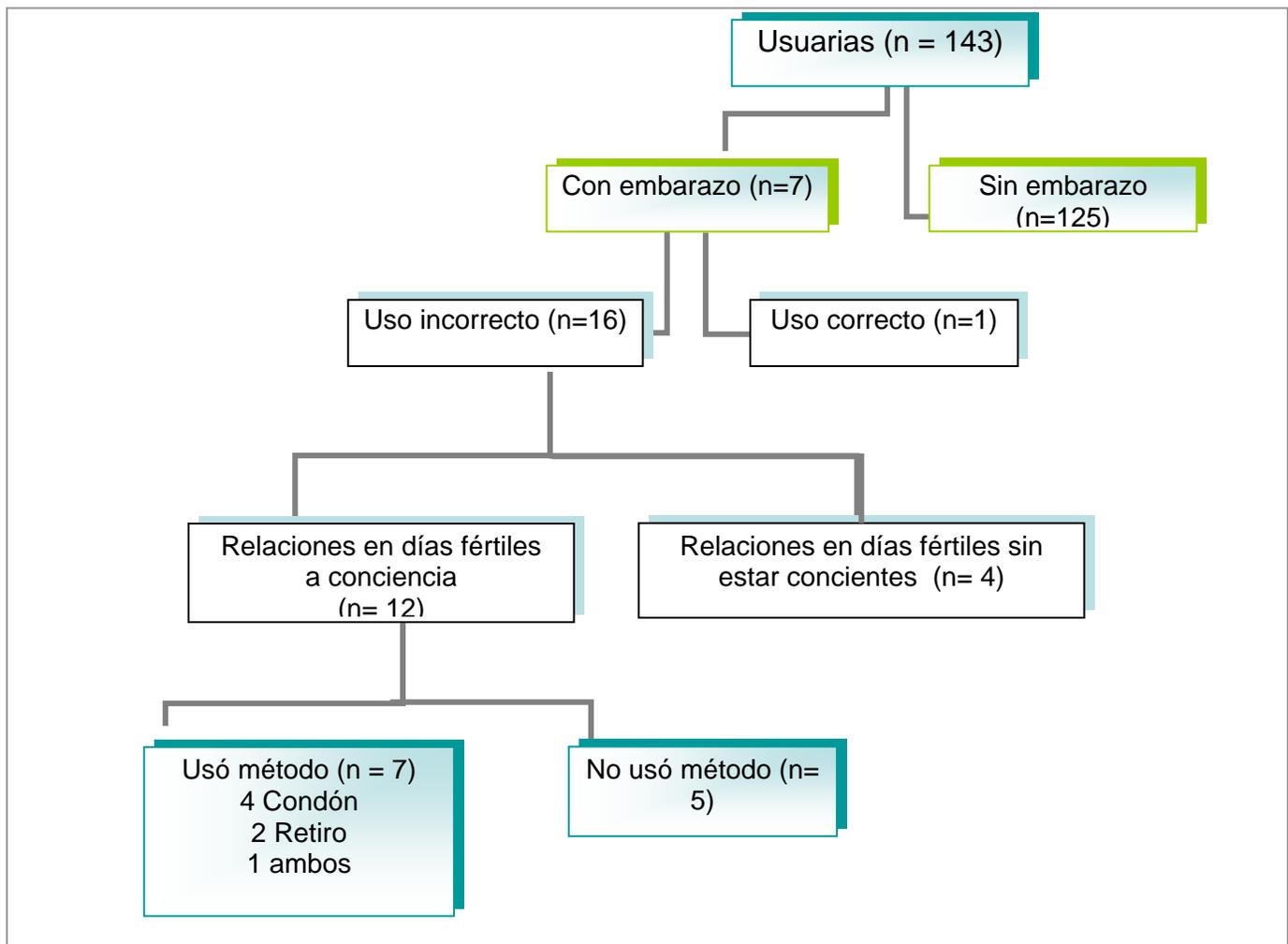
Durante el período de estudio, se reportaron 17 embarazos, de los cuales 16 de ellos se reportaron en parejas que hicieron uso incorrecto del método y solamente uno de ellos reportó haberlo usado correctamente y tuvo embarazo. A las 17 mujeres embarazadas se les aplicó una entrevista de salida en donde se exploró sobre cómo habían usado el método y si ellas sabían con seguridad cuál era el período fértil.

En el Flujograma No. 3, se muestra el análisis de embarazos reportados durante el periodo de estudio, en el cual puede apreciarse que la mayoría de los embarazos ocurrieron en las parejas que no utilizaron correctamente el método (16 de 17 embarazos). La mayoría de los embarazos sucedió al inicio del uso del método, en los ciclos uno y dos, el principal problema fue el uso incorrecto, encontrándose que: 29% utilizó el collar y el calendario de

manera incorrecta, 47% dijo haber tenido relaciones sin protección en los días 8 – 9 y 18-19, el 35% el esposo insistió en tener relaciones, uno de ellos reportó uso de alcohol.

Flujograma No. 3 Análisis de embarazos

Le voy a mejorar diseño



Las mujeres que tuvieron un embarazo, al momento de la entrevista de salida explicaron que solamente tres de los hombres estuvieron en la consejería completa, cuatro de ellos escucharon solamente algunas partes y once que fueron informados solamente por medio de ellas. En estas entrevistas ellas expresaron que habían tenido relaciones en los días de perlas blancas conscientemente, que eran los días de protegerse o abstenerse, pero algunas se sintieron presionadas a tenerlas. Siete de ellas utilizaron un método de protección, pero reconocen que probablemente fue mal usado también este segundo método. En la

consejería los proveedores preguntaron a las parejas si sabían usar el condón adecuadamente, pero no se enfatizó en dar las demostraciones a cada pareja, especialmente cuando sus antecedentes indicaban que ya lo habían utilizado como método.

- Demanda potencial del MDF

Seis meses después de finalizado el estudio operativo, se hicieron visitas a las unidades de salud, en donde se habían registrado las usuarias del MDF del estudio. El propósito fue apoyar a los proveedores en el seguimiento de las usuarias ya admitidas y en la atención de la demanda potencial que se había identificado y que no pudo ser admitida durante el período de estudio, porque no reunía los criterios.

En estas visitas se hizo una revisión del censo del promotor de salud en las comunidades y se encontró, que de 3,398 mujeres en edad fértil que corresponden a las comunidades de intervención del estudio, el 18% de las que estaban utilizando métodos temporales, usaban métodos naturales y el 3% de todas las mujeres en edad fértil usa el MDF. Al comparar estos datos con la población en edad fértil sin un método de planificación familiar (1,022) se estima una demanda potencial al MDF.

También se encontró que hay nuevas usuarias que han recibido la consejería de los proveedores capacitados, de proveedores que solamente recibieron información sobre el método y por las mismas usuarias. Se identificaron catorce usuarias que estuvieron fuera del estudio y que fueron orientadas por amigos, parientes y personal del Ministerio de Salud. La razón de buscarlos para obtener el método fue por confidencialidad. Los collares y calendarios que se entregaron a estas usuarias fueron fotocopiados y algunas muestras que se entregaron en la sensibilización de proveedores.

Mi cuñada como ya tiene 6 niños y ya no quiere más, yo le enseñé el método y le dibujé el collar en varias páginas y ella lo marca con una seña como el anillo. El esposo de ella es celoso y no la deja que hable con el promotor de salud para la planificación familiar... les ha funcionado ya lleva seis meses

Grupo focal de usuarias PCI, Sala de Té La Rosa, noviembre 2002

Yo ofrezco todos los métodos aquí en la unidad, pero tengo algunas usuarias que no acceden a ninguno de los que les doy y pensé, que como ya conozco este método del collar y me ha demostrado que funcionó se lo di a unas señoras y les he dejado su control.

Entrevista con enfermera de U de S de San Sebastián, San Vicente, septiembre 2002

XII. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

1. Para la incorporación de planificación familiar en los proyectos comunitarios, fue necesario que las ONG`s hicieran adecuaciones en su organización, capacitación, horarios, personal, actividades comunitarias y recursos extras. PCI y CIRES cubrieron una serie de actividades previas a la implementación del servicio de MDF, de las cuales se consideran básicas para poder implementarlas las siguientes:
 - Sensibilización del personal institucional a nivel de gerentes, supervisores, facilitadores y otro personal de campo.
 - Contratación y capacitación de personal para ofrecer servicios de planificación familiar o desarrollar estos modelos vinculado al trabajo del promotor de salud.
 - Adecuaciones en los horarios de trabajo del personal comunitario.
 - Fortalecer la organización comunitaria
 - Información y sensibilización a juntas directivas comunitarias y otros agentes claves.
 - Capacitación al personal institucional y comunitario en la planificación familiar.
 - Creación y validación de materiales de capacitación para la integración de los temas de planificación familiar desde las charlas grupales de agua y saneamiento, y visitas domiciliarias de educación ambiental.
 - Fortalecer el sistema de referencia y retorno entre las ONG`s y el Ministerio de Salud.
- La estrategia que incorporó PCI en los proyectos de agua y saneamiento, demostró que existe una relación entre el cuidado de los recursos naturales y ambientales, y el cuidado de la salud familiar, que las personas si conocen y analizan la problemática toman mejores decisiones para su familia, pero que además se requiere un enfoque de equidad de género en la toma de decisiones sobre planificación familiar, los recursos de la familia y la comunidad. Para que los gerentes, proveedores y comunidad en general tome conciencia de la equidad en la participación de mujeres y hombres en la planificación familiar, es necesario la sensibilización, el enfoque de género desde el diseño del proyecto y por lo tanto en la implementación y evaluación
- A manera de conclusión puede resumirse que la estrategia para incorporar servicios de PF en los proyectos comunitarios que no son de salud, es factible para las instituciones, siempre que estén decididos y cuenten con los medios para invertir esfuerzos y recursos y que además estén conscientes y dispuestos para hacer ajustes en la organización.

- Para la comunidad es aceptable y necesaria la incorporación de este tipo de programas educativos en la comunidad, especialmente cuando se desarrolla por medio de agentes comunitarios que tienen para ellos una alta credibilidad y confidencialidad. Primordialmente demostró ser efectiva para poder llegar a los hombres y abrir espacios para hablar sobre planificación familiar, pero requiere que los proveedores estén dispuestos a las adaptaciones de horarios, funciones compartidas en otros proyectos, convivir más de cerca con los usuarios por medio de las reuniones de grupo y visitas domiciliarias.
- Un valor agregado del estudio, es que ha contribuido a la imagen positiva de las instituciones PCI y CIRES, primero, por ser pioneras implementado una nueva modalidad de servicio en la comunidad con un nuevo método y segundo por su esfuerzo realizado para la diversificación de sus programas y la reorganización de su personal, en los que tuvieron que atender diversas actividades simultáneamente y adecuarse a los horarios de los hombres en la comunidad.
- Para poder aumentar la participación masculina, PCI tuvo que trabajar con un esfuerzo especial sobre actitudes y prácticas a nivel institucional y de la comunidad, especialmente a nivel de gerentes hombres, quienes dudaban de la aceptación comunitaria, también con directivos comunitarios y algunos otros agentes institucionales de nivel supervisor. Entre los factores de éxito en el trabajo de PCI para la implementación de la estrategia, se destaca la permanente coordinación y los esfuerzos de trabajo conjunto con los establecimientos del Ministerio de Salud y las directivas comunitarias.

La coordinación de PCI y CIRES con el Ministerio de Salud y las organizaciones comunitarias demostró ser un factor esencial en el proyecto.

- Un factor de éxito en este proyecto es la experiencia de PCI para trabajar en materiales, metodologías educativas desarrolladas por PCI con participación de la comunidad y el apoyo de UNICEF, además la contratación de equipos multidisciplinarios para atender sus proyectos, los cuales son complementarios.

El impacto de la estrategia para aumentar la participación de hombres se midió a través de:

- Aumento de la comunicación en pareja
- Conocimientos y uso de planificación familiar
- Conocimiento del periodo fértil
- Cambios positivos en la actitud de hombres que facilitan la participación en la salud familiar.

- El estudio prospectivo de usuarias demostró que el MDF, pudo ser incluido en la oferta de planificación familiar a nivel comunitario, llegando a un sector de población con demanda insatisfecha. Esta población tiene características socio demográficas como el bajo nivel escolar de procedencia rural, sin uso previo de planificación familiar o con uso de Ritmo y Retiro sin conocimiento científico. Las principales razones por las que escogen el MDF, es salud, religión y/o preferencias del esposo.

- En cuanto a la información y consejería de MDF, el proceso de difusión fue muy efectivo. Se llevó información a otras comunidades no previstas en el estudio a través de agentes claves en la comunidad como el promotor de salud, amigos y parientes. PCI y CIRES diseñaron volantes y afiches para promover MDF, pero este no resultó tan efectivo como las charlas y las visitas domiciliarias.

- El modelo de consejería ofrecido a través de la visita domiciliar y las estrategias utilizadas por los proveedores para abordar a la pareja, ayudó a que más de la mitad de los hombres recibiera consejería sobre el método, además recibieron información sobre la oferta general de métodos. Este modelo de ofrecer servicios de planificación familiar por medio de visitas domiciliarias, requiere un monitoreo constante de los voluntarios para mantenerles sus niveles de motivación y competencia, así como el abastecimiento de materiales informativos y collares. Durante el estudio a pesar de que hubo estrecha coordinación con los establecimientos de salud, como no estaba oficialmente dentro de las normas, algunas usuarias querían recibirlo por el personal de salud y no por voluntarios y no pudieron recibirlo ya que no estuvo disponible en todos los establecimientos.

- Los modelos de servicios implementados y la capacitación de los proveedores, contribuyó para que las usuarias utilizaran adecuadamente el MDF y el Collar del Ciclo, también para que mejoraran sus conocimientos en otros métodos. En las visitas de seguimiento a las usuarias, se monitoreaba la satisfacción y uso correcto, demostrando que es fácil y sencillo de aprender y de usar. Sin embargo hubo un grupo de mujeres que utilizaron inadecuadamente el método y reportaron embarazos y otras

salieron del estudio por variaciones de ciclo y a pesar de saber que el método no les protegía continuaron utilizándolo.

- Sobre el manejo de aspectos de pareja hubo una notable mejoría en un grupo de parejas que recibieron información en charlas y visitas, pero especialmente en los que usaron MDF. La mayoría se pone de acuerdo para manejar los días fértiles y un porcentaje considerable expresó que la calidad de sus relaciones sexuales ha mejorado. Aunque también no deja de preocupar que para el 8% de las parejas la experiencia no fue positiva y tuvieron que dejar el método.
- En cuanto a la falla del MDF, se encontró que fue mínima, la mayoría de los embarazos se deben a la falta de protección en los días fértiles, lo cual las parejas lo hicieron de forma conciente. La falla reportada con uso correcto corresponde a lo que los estudios de eficacia del MDF han demostrado (5%).
- En cuanto a variaciones de ciclos, se encontró que las usuarias llegaron a aprender correctamente como monitorear sus ciclos y sabían que hacer si el ciclo variaba. Lo novedoso en este modelo, es que las usuarias informaron a su proveedor para solicitar ayuda o un nuevo método, lo cual no ocurrió cuando dejaron otros métodos. Los proveedores establecieron coordinación con los proveedores del Ministerio de Salud para dar asistencia a estas usuarias aún cuando el estudio había finalizado.
- Uno de los aspectos de la calidad que se monitoreó constantemente, fue la satisfacción con el uso del método y el manejo de los aspectos de pareja. Los resultados de las entrevistas de medio término del estudio, contribuyeron para que los proveedores pudieran mejorar la calidad de sus servicios. Al final se encontró que las parejas que eligieron MDF estuvieron satisfechos de usarlo y deseaban continuarlo, sin embargo las salidas por variaciones de ciclo fue un aspecto que les causó insatisfacción.

XIII. IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

- Los programas comunitarios no necesariamente de salud podrían ser una adecuada opción para integrar servicios preventivos y de promoción de la salud familiar, incluyendo la planificación familiar. La estrategia que probó PCI al incluirlo en sus programas de agua y saneamiento podría ser un modelo que contribuya en los programas de otras instituciones públicas y privadas, especialmente en el período actual, en el que a nivel nacional se están trabajando propuestas para modalidades de servicios descentralizadas.

- La disponibilidad de materiales de apoyo y la disponibilidad de condones asegura el uso correcto de un método de pareja, contribuyendo a las relaciones protegidas en días fértiles. Es importante para próximas experiencias integrar en la consejería de MDF el uso correcto del condón o hacerle una referencia al proveedor del Ministerio de Salud para que lo explique.
- El voluntariado es un elemento clave en la difusión e información de planificación familiar, requiere capacitación y seguimiento para asegurar la difusión de los conocimientos correctos. Esta experiencia podría ser útil para otros programas que trabajen con el voluntariado a nivel de la comunidad, tanto en salud como en otros programas de desarrollo.
- PCI y CIRES alcanzaron experiencia en el diseño de materiales y metodologías educativas de MDF, capacitación, seguimientos y su integración en los programas, esta experiencia podría ser utilizada como facilitadores en los procesos de capacitación y servicios a nivel comunitarios en apoyo a otras instituciones públicas y privadas.

XIV. DISEMINACION

Uno de los objetivos de la investigación operativa es poner a disposición de las instituciones públicas y privadas los resultados obtenidos y las lecciones aprendidas. PCI y CIRES con el apoyo del Instituto de Salud Reproductiva desarrollaron un plan de difusión de resultados en la que participaron representantes de las instituciones públicas y ONG's del sector salud, educación y medio ambiente, así como representantes de universidades, escuelas de enfermería, agencias de cooperación y representantes de las comunidades estudiadas.

Difusión de resultados del proceso

- En Abril de 2002 PCI y CIRES presentaron a representantes de los SIBASI de las zonas de estudio, sus avances en la implementación de las actividades. Esta reunión fue planificada con el propósito de informar a los gerentes y personal del equipo técnico sobre el estudio, ya que en ese período se habían dado varios cambios en las estructuras del personal. Aun
- Continuando en el proceso de difusión, en julio de 2002, PCI y CIRES desarrollaron una reunión de difusión de los avances del estudio, en la que se tuvo la presencia de varias instituciones públicas y privadas. En esta reunión se abrió un espacio para la

discusión de los avances y las propuestas para continuar y mejorarlos. Esta reunión fue de mucho provecho para PCI y CIRES ya que hubo intercambio de experiencias de otras instituciones que ofrecen planificación familiar.

- Cuando se obtuvieron los resultados finales de las estrategias para aumentar la participación hombres y la integración de planificación familiar en los proyectos de agua y saneamiento, PCI organizó un taller con los gerentes y personal técnico de sus organización y líderes comunitarios, para darles a conocer los resultados preliminares y los beneficios que la institución había obtenido capacitando a su personal en la nueva estrategia y en la investigación operativa.

Difusión de resultados finales

Los resultados finales del estudio fueron presentados en dos reuniones centrales en San Salvador. Para estas reuniones se elaboró un plan de difusión de resultados el cual avalado por la Misión local de USAID. La primera reunión central se realizó en mayo 2003, en donde se dio a conocer por medio de paneles, los resultados de las estrategias de introducción de planificación familiar en los proyectos de agua y saneamiento y las estrategias para aumentar la participación de hombres, los cuales correspondían a las estrategias desarrolladas por PCI. Posteriormente en julio 2003 se realizó la otra reunión central para dar a conocer los resultados del modelo de servicio implementado para la introducción de MDF en los programas comunitarios y la implantación del sistema de usuarias al los establecimientos del Ministerio de Salud.

A nivel local, CIRES desarrolló tres reuniones a las que invitó a gerentes y equipos técnicos de SIBASI²², ONG`s de la zona, cooperantes y otros líderes comunales de los departamentos de Cabañas, San Vicente, La unión, San Miguel y Morazán. Estas actividades tuvieron la participación de 80 personas. PCI desarrolló reuniones locales en trece unidades de salud y dos hospitales de los municipios donde se hizo el estudio. Estas reuniones tuvieron doble propósito: dar a conocer los resultados obtenidos y hacer la transferencia de las usuarias del MDF, ya que ellas llevarían la continuidad del método con el apoyo del personal de salud y los instructores comunitarios.

PCI elaboró un informe de las actividades de difusión en las que registraron la participación de directores de unidades de salud, enfermeras supervisoras de los programas, personal proveedor de servicios y representantes de la comunidad, entre ellos usuarias e instructores de MDF. Se reportó total de 400 personas participantes.

²² SIBASI = Sistemas Básicos de Atención Integral en Salud

Para difundir los resultados a nivel regional y mundial, el Instituto de Salud Reproductiva elaboró un resumen de investigación el cual fue difundido a las instituciones interesadas proveedoras de servicios u de formación, especialmente en las carreras de salud con estudiantes y profesionales de las carreras de salud e investigación.